



www.mis-sante.fr

Tél : + 04 26 317 910

Fax : + 04 91 32 36 25

mis santé 10 rue Léon Paulet  
CS 30041 / 13417 Marseille 08

## DEMANDE DE RÉTRACTATION

### EXPÉDITEUR

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

**MIS Santé**

10 rue Léon Paulet - CS 30041  
13417 Marseille 08

### OBJET :

**Demande de rétractation  
Lettre recommandé avec accusé de réception**

Madame, Monsieur,

En application des articles L 221-18 du Code de la Mutualité, L 121-29 du Code de la Consommation et 3 du Règlement Mutualiste, je soussigné, .....  
souhaite exercer mon droit à rétractation concernant le contrat **MIS Santé** numéro :

..... établi en date du .....

De plus, et ce à la date de la présente, recommandée aux bons soins des postes, je certifie n'avoir transmis aucune demande de remboursement ou de prise en charge de frais de santé, ni n'avoir mis en jeu les garanties d'assistance ou d'assurance incluses dans le contrat **MIS Santé** susvisé.

En effet, une telle demande aurait constitué en application de l'article L 121-29-II 2° du Code de la Consommation, une demande expresse et irrévocable d'exécution du contrat emportant renonciation au délai et au droit de rétractation.

En vous remerciant pour le soin que vous porterez à ma demande,  
veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à : ..... le : .....

**SIGNATURE MANUSCRITE**