

Coupon à transmettre à la complémentaire santé résiliée

Je soussigné(e) souhaite
mettre fin aux Echanges de Données Informatiques (EDI entre votre organisme et ma caisse
primaire d'assurance maladie pour :

Nom prénom	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance

Etant désormais assuré(e) par une autre complémentaire santé, je vous remercie de faire le
nécessaire pour annuler la télétransmission avec ma caisse d'assurance maladie.

Date :

Signature :