

N° contrat .....

N° appareil - étiquette au dos .....

### RÉSILIATION DU CONTRAT

Nom ..... Prénom .....  
Adresse .....  
Code Postal ..... Ville .....  
Date de naissance .....  
Téléphone fixe .....  
Téléphone portable .....

### DEMANDE DE RÉSILIATION

Je soussigné(e) *Nom de l'abonné ou son représentant légal\** .....  
*ou Nom de la personne qui restitue l'appareil\** .....  
demande la résiliation du contrat de téléassistance souscrit le  
pour le motif suivant :

- Décès (*dans ce cas, indiquez obligatoirement les coordonnées de la personne ou du notaire destinataire de la dernière facture*) .....  
Date du décès .....  
Nom ..... Prénom .....  
Adresse ..... Téléphone .....
- Admission en maison de retraite ou établissement de santé  
Nom de l'établissement ..... Date d'entrée .....  
Adresse .....
- Admission en milieu hospitalier  
Nom de l'établissement ..... Date d'entrée .....  
Adresse .....
- Changement de domicile hors commune (*précisez la commune et rédiger un nouveau contrat*)
- Changement de domicile sans reprise de la téléassistance
- Autres .....