

Prénom - Nom
Adresse
Code postal - Ville
Téléphone
Mail

Nom de la mutuelle
À l'attention de Madame / Monsieur
Adresse
Code postal - Ville

(Ville), le (Date)

Courrier recommandé avec Accusé de Réception

Objet : Résiliation contrat de complémentaire santé
N° d'adhérent : (Numéro d'adhérent)
N° de contrat : (Numéro de contrat)

Madame, Monsieur,

Je tiens, par la présente, à vous informer de ma décision de mettre un terme à mon contrat de complémentaire santé n° (Numéro du contrat), arrivant à échéance le __/__/____.

Je vous remercie donc par avance de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat à cette date.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire que requerrait ma demande,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature
Prénom - Nom