

(Prénom Nom

Adresse

Code postal - Ville

Téléphone)

(Nom de l'organisme assureur)

À l'attention de Madame/Monsieur X (en cas de destinataire connu)

Objet : Résiliation de la complémentaire santé

N° d'adhérent : (votre numéro d'adhérent)

N° de contrat : (votre numéro de contrat)

(Ville), le (date)

Madame/Monsieur,

Je tiens, par la présente lettre, à vous informer de ma décision de mettre fin à mon contrat de mutuelle n°(numéro du contrat), au (date à préciser, le contrat doit avoir plus d'un an d'ancienneté lors de l'envoi de ce courrier).

Je vous saurais gré, par avance, de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat à cette date. Je vous remercie de me faire parvenir, dans les meilleurs délais, une attestation de résiliation, ainsi que le remboursement de l'éventuel trop-perçu.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire, je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Prénom - Nom

Signature