

[Nom de l'entreprise]

[Adresse du siège de l'entreprise]

[Code Postal, Ville]

[Téléphone]

[Nom de l'assureur]

[Adresse de l'assureur]

[Code postal, Ville]

Fait à : [Votre ville]

Le : [Date]

Objet : Demande de résiliation de la mutuelle d'entreprise

Numéro du contrat : [numéro du contrat de votre mutuelle]

Madame, Monsieur,

Par la présente lettre, envoyée en date du [date du courrier], je vous informe de ma volonté de mettre un terme au contrat de complémentaire santé collectif souscrit pour le compte de l'entreprise [raison sociale], le [date de souscription] et portant la référence [numéro de contrat].

Le contrat de complémentaire santé collectif susnommé ayant été souscrit il y a plus de 12 mois, je souhaite le résilier conformément aux dispositions prévues par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé.

À cette fin, je désire que la résiliation du présent contrat prenne effet au [date de fin souhaitée], et ce, sans application de frais ou de pénalités.

Je vous prie de bien vouloir me confirmer par retour d'e-mail la bonne réception de ma demande de résiliation et de me communiquer la date effective de sa prise d'effet. Je vous invite également à bien vouloir rembourser le solde des cotisations trop perçues dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération respectueuse.

[Prénom Nom]

[Votre Signature]