

Prénom Nom

Adresse

Code postal — Ville

Téléphone

Email

Nom de la mutuelle

À l'attention de Madame/Monsieur

Adresse

Code postal — Ville

Objet : Résiliation de contrat de complémentaire santé

N° d'adhérent : (Numéro d'adhérent)

N° de contrat : (Numéro de contrat)

(Ville), le (Date)

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de ma volonté de mettre un terme à mon contrat de complémentaire santé n° (**Numéro de contrat**), souscrit le (**Date de souscription**). En effet, j'ai récemment souscrit à la mutuelle obligatoire de mon entreprise.

Vous trouverez ci-joint l'attestation de complémentaire santé justifiant cette adhésion.

Je vous remercie de bien vouloir accuser réception de cette demande de résiliation et de me confirmer par écrit la prise en compte de celle-ci.

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

Signature