

Prénom _____
Nom _____
Adresse _____

Tel _____
Adresse mail _____

Nom Mutuelle _____
Adresse _____

À _____, le _____

Mes références :

N° de contrat : _____

Objet : Demande de résiliation de mon contrat complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe que je souhaite mettre fin à mon contrat de mutuelle santé souscrit auprès de votre organisme.

Conformément à réglementation en vigueur :

- ☐ Mon contrat ayant plus d'un an, je souhaite bénéficier de la résiliation infra-annuelle
☐ Mon contrat ayant moins d'un an, je souhaite le résilier à sa date d'anniversaire.

Je vous demande donc de prendre en compte la résiliation de mon contrat frais de santé, ainsi que pour mes ayants droit ou options complémentaires le cas échéant, avec un effet au _____, minuit.

Je vous prie de bien vouloir me faire parvenir la confirmation de cette résiliation et de procéder, le cas échéant, au remboursement d'un éventuel trop-perçu.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.