Prénom Nom

Adresse

Code postal - Ville

Téléphone

Nom de l’assureur ou du gestionnaire

Adresse

Code postal - Ville

Objet : Résiliation de la mutuelle santé n° (*indiquer le numéro de contrat*)

(*Ville*), le (*date*)

Madame/Monsieur,

Je vous informe par ce courrier de ma décision de résilier mon contrat de mutuelle n° (*indiquer ici le numéro du contrat*) qui a pour échéance le (*indiquer la date de fin de trimestre, de fin d’année, ou date anniversaire du contrat, en fonction de ce qui est prévu dans votre contrat, ou une autre date en cas de résiliation légitime*).

Je vous remercie, 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.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire susceptible d’être nécessaire.

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

Prénom - Nom

Signature