

NOM PRENOM

ADRESSE

TELEPHONE

MAIL

N° d'adhérent : votre numéro d'adhérent

N° de contrat : votre numéro de contrat

NOM DE VOTRE MUTUELLE SANTE

ADRESSE DE VOTRE MUTUELLE

VILLE ET DATE DE VOTRE COURRIER

**OBJET : résiliation du contrat de mutuelle santé numéro**

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), arrivant à échéance le .... (Date d'anniversaire de votre contrat).

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 susceptible d'être nécessaire.

Veillez, agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

PRENOM - NOM

SIGNATURE

@ <https://mon-guide-mutuelle.fr>