Prénom, nom : .......................
Adresse : ................................

Code postal - Ville : ..............
Téléphone : ............................
E-mail : ..................................

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : résiliation de ma mutuelle santé
Réf. : ...(numéro de contrat)...

Madame, Monsieur,

J’ai souscrit un contrat de complémentaire santé …(précisez type)… auprès de votre mutuelle qui arrivera à échéance le …(date)….

Aussi, conformément aux dispositions de la loi Chatel, je vous demande d’y mettre fin à compter de cette date.

Restant à votre disposition pour tout complément d’information, je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

                                                                                                                                                                                                                                   Signature : .........................................