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

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

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : résiliation de mon assurance/ma mutuelle santé
P.J. : ……….......................…….
N° contrat : ………………..…...

Madame, Monsieur,

En application des dispositions de l’article L. 221-17 du Code de la mutualité/L. 113-16 du Code des assurances, je vous signifie mon intention de suspendre mon adhésion/résilier mon contrat d’assurance numéro …(précisez)… en raison du changement de ma situation.

Par conséquent, le contrat prendra fin le ...(date).…

Dans cette perspective, je vous prie de bien vouloir consulter les documents justificatifs …(précisez)… joints à cette lettre.

D'autre part, je vous saurais gré de m’adresser le plus rapidement possible un relevé d’informations ainsi que le remboursement du trop perçu qui correspond à la fraction de la prime/de la cotisation déjà versée pour la période s’étalant du …(date de résiliation)… au …(date d’échéance du contrat)….

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

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