Prénom — NomAdresseCode postal — VilleTéléphoneMail

Nom de la mutuelleÀ l’attention de Madame/MonsieurAdresseCode postal — Ville

**Objet : Résiliation contrat de la surcomplémentaire santé.**

N° d’adhérent : (Numéro d’adhérent)
N° de contrat : (Numéro de contrat)

(Ville), le (Date)

Madame, Monsieur,

Je vous fais part de ma décision de mettre un terme à mon contrat de surcomplémentaire santé n° (numéro du contrat), arrivant à échéance le (date indiquée dans le contrat d’assurance santé ou sur l’avis d’échéance).

Je vous remercie donc par avance de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat à cette date.

Restant à votre entière disposition pour toute information mutuelle que requiert ma demande.

Je vous prie d’agréer, Madame/Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

Signature