Prénom — NomAdresseCode postal — VilleTéléphoneMail

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

**Objet : Résiliation contrat de mutuelle santé grâce au droit de rétractation.**

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 mutuelle n° (numéro du contrat), souscrit le (date de signature de la mutuelle santé). En effet, le droit de rétractation me permet de résilier ma mutuelle santé jusqu’à 14 jours après la signature du contrat.

Je vous remercie donc par avance de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat ainsi que de procéder au remboursement de ma cotisation d’assurance déjà versée.

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