

Prénom NOM
Adresse complète
Code postal Ville
Tél : Téléphone
Email : Adresse email

Nom de la mutuelle / assurance

Adresse

Code postal Ville

Objet : Résiliation à échéance de mon contrat d'assurance santé n° XXXXXXXXXXXX

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente de ma volonté de ne pas reconduire mon contrat d'assurance santé référencé sous le numéro XXXXXXXXXXXX, souscrit le JJ/MM/AAAA et arrivant à échéance prochainement.

Conformément aux dispositions de l'article L113-12 du Code des assurances, je vous adresse cette demande dans les délais légaux, afin que la résiliation prenne effet à la date d'échéance annuelle du contrat.

Je vous remercie de m'adresser une confirmation écrite précisant la date de résiliation effective ainsi que la fin des prélèvements correspondants.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature