Expéditeur

Nom : ----------

Prénom : ----------

Adresse : ----------

Code Postal : └┴┴┴┴┴┘Ville : ----------

Adresse de votre ancienne mutuelle

Nom : ----------

Adresse :----------

Code Postal : └┴┴┴┴┴┘Ville : ----------

Recommandé
avec Accusé de Réception

Objet : Demande de résiliation

N° de contrat : └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Monsieur le Directeur,

Je vous confirme par la présente lettre recommandée, que je résilie mon contrat d'assurance santé référencé ci-dessus à l'échéance du contrat en date du └┴┴┴┴┴┴┴┘.

Je vous prie de bien vouloir me faire parvenir, dans les meilleurs délais, un certificat de radiation.

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

Fait à : ----------

Signature :

Le └┴┴┴┴┴┴┴┘