

Texte à recopier et à adapter à votre demande

Nom Prénom
Adresse
Code postal / Ville

N° Tél :
e-mail :

Raison sociale de l'assureur sortant
Centre de gestion
Adresse
Code postal / Ville

Le JJ/MM/AAAA

Objet : Résiliation de mon contrat de santé / Lettre-suivie ou AR
N° Adhérent :
N° de contrat :

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous adresse ma demande de résiliation pour mettre fin à mon contrat de complémentaire santé ci-dessus référencé avec effet de fin de contrat au JJ/MM/AAAA.

Ma demande prendra donc effet dans un délai d'un mois complet comme l'autorise le nouveau décret qui régit les assurances de personnes.

Vous voudrez bien m'adresser une notification de résiliation en retour, conformément aux dispositions prévues aux textes en référence suivants : Code de la mutualité : L. 221-10- 2, alinéa 5 ; Code des assurances : L. 113-15-2, alinéa 7 ; Code de la sécurité sociale : L. 932-12-1, alinéa 4 et L. 932-21-2, alinéa 4.

Dans l'attente de votre retour, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Nom Prénom

Signature