[Prénom et nom]
[Adresse]
[Code postal et ville]
Date de naissance : [Date de naissance]

[Nom de la mutuelle ou de l'organisme]
Service adhérents
[Adresse du service adhérents (indiquée dans votre contrat)]

À [Ville où vous écrivez], le [date]

Objet : résiliation de ma complémentaire santé, adhérent n° [Numéro d'adhérent ou de contrat]

Madame, Monsieur,

Je vous informe de ma décision de résilier mon contrat de complémentaire santé (numéro d'adhérent : [Numéro d'adhérent ou de contrat] ; date de souscription : [Date de souscription]).

Ce contrat couvre les bénéficiaires suivants : [Bénéficiaires couverts (ex. : moi-même, mon conjoint et deux enfants)].

Je demande que cette résiliation prenne effet à la date suivante : [Date de fin souhaitée], ou à la date la plus proche permise par mon contrat et par la réglementation applicable.

J'ai souscrit un nouveau contrat auprès de l'organisme suivant : [Nouvelle complémentaire santé (nom de l'organisme, facultatif)]. Je vous remercie de me confirmer la date de fin de ma couverture afin d'éviter toute interruption ou tout cumul de cotisations.

Je vous remercie de m'accuser réception de cette demande par écrit, en précisant la date de fin de mon contrat, et de me faire savoir si des documents complémentaires sont nécessaires.

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

[Prénom et nom]

Modèle gratuit créé avec mes-modeles.topexemples.fr/lettre-de-resiliation/mutuelle/