

Prénom — Nom

Adresse

Code postal — Ville

Téléphone

Mail

Nom de la mutuelle

À l'attention de Madame/Monsieur

Adresse

Code postal — Ville

Objet : Résiliation contrat de complémentaire santé pour cause de déménagement

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), arrivant à échéance le (Date indiquée sur l'avis d'échéance de l'assureur ou dans le contrat de complémentaire santé). En effet, je déménage le (date de déménagement) à (nommer la ville).

Vous trouverez ci-joint mon justificatif prouvant mon déménagement.

Je vous remercie donc par avance de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat à la date de mon déménagement.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire que requiert ma demande.

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

Signature