

Prénom/ Nom :

Adresse :

Adresse :

CP : Ville :

Compagnie / Mutuelle :

Adresse :

Adresse :

CP : Ville :

OBJET : RESILIATION DE MON ADHESION COMPLEMENTAIRE SANTE

Numéro d'adhésion / de contrat :

Monsieur Le Directeur,

Je vous informe par la présente de la résiliation de mon assurance complémentaire santé souscrite auprès de votre organisme et référencée ci-dessus.

- Le motif de cette résiliation est :
- résiliation échéance
 - augmentation de cotisation
 - changement de situation :
 - autre :

Cette résiliation prendra effet le

Veillez à réception de la présente m'adresser un certificat de radiation.

Veillez recevoir, Monsieur Le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à le Signature :