

Vos coordonnées :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse de votre mutuelle actuelle à résilier :

Nom de la mutuelle : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Objet : Résiliation mutuelle santé

Je vous informe, par la présente lettre recommandée avec accusé de réception, de ma décision de résilier mon contrat d'assurance Santé portant le numéro : _____

Indiquez votre cas en cochant :

- RESILIATION A L'ECHEANCE DU CONTRAT, le ___/___/___ à 0h00 en application des dispositions de l'article L113-12 du Code des Assurances ou des articles L122-10 du Code de la Mutualité.
- RESILIATION DU CONTRAT, le ___/___/___ à 0h00 en application des dispositions de l'article L113-15-1 du Code des Assurances (Loi Châtel).
- RESILIATION DU CONTRAT, le ___/___/___ à 0h00 en application des dispositions de l'article L113-16 du Code des Assurances :
 - Changement de situation
 - Obtention d'une Aide à la Complémentaire Santé
 - Cessation d'activité professionnelle
 - Changement de profession
 - Changement de situation matrimoniale
 - Retraite professionnelle

Par ailleurs, je vous remercie de bien vouloir accuser immédiatement réception de la présente et me transmettre au plus vite votre certificat de radiation.

Fait à _____ le _____

Signature