*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 d'adhésion à la complémentaire santé obligatoire d'entreprise**

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 démarre un nouvel emploi et j'ai souscrit à la mutuelle obligatoire d'entreprise.

Vous trouverez ci-joint mon attestation de complémentaire santé.

Je vous remercie donc par avance de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat lors de la réception de ce courrier.

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*