

Votre Nom et Prénom
Adresse (ligne 1)
Adresse (ligne 2)
Code postal et Ville
Tél : -----
Mail : -----@-----.fr

Ville et date....

Destinataire
Adresse (ligne 1)
Adresse (ligne 2)
Code postal et Ville

Recommandé avec AR

Objet : Clôture du contrat complémentaire santé pour adhésion obligatoire à une mutuelle

Madame, Monsieur,

Mon employeur ayant souscrit une complémentaire santé collective à adhésion obligatoire des salariés, je me vois donc dans l'obligation de résilier mon contrat d'assurance souscrit auprès de votre organisme.

Pour votre information, veuillez trouver ci-joint :

- L'attestation de mon employeur précisant cette obligation
- Mon attestation d'adhésion à ce contrat santé

Les garanties de ma nouvelle couverture santé entrant en vigueur le [\[date\]](#), je vous demande de bien vouloir prendre acte de cette résiliation à compter de cette date.

Dans l'attente, je vous remercie et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Nom Prénom
Signature