[Votre nom et prénom]
[Votre adresse]
[Code postal et ville]

[Nom de votre mutuelle ou assureur]
[Adresse de l'organisme]
[Code postal et ville]

[Ville], le [date]

Objet : résiliation de mon contrat de complémentaire santé n° [numéro de contrat]

Madame, Monsieur,

Je vous informe de ma décision de résilier mon contrat de complémentaire santé référencé ci-dessus, souscrit depuis plus d'un an, conformément au droit de résiliation à tout moment prévu par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 (article L. 113-15-2 du code des assurances ; article L. 221-10-2 du code de la mutualité pour les mutuelles).

Conformément à ces dispositions, la résiliation prendra effet un mois après réception de la présente notification. Je vous remercie de m'adresser une confirmation écrite de cette réception, et de me rembourser, dans un délai de trente jours, la part de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Signature]

Modèle gratuit proposé par MutuelleSimple.com, à adapter à votre situation. Contrat de moins d'un an : voir mutuellesimple.com/resiliation-mutuelle/