

**Expéditeur :**

Nom Prénom:

Adresse :

Cp :

Ville :

**N° de Contrat :****Adresse de votre mutuelle ou de votre assureur :**

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

***Monsieur le Directeur,***

Je vous confirme par la présente lettre recommandée, que j'entends faire cesser les effets de mon contrat référencé ci-dessus, au / / , à défaut dans un délai d'un mois de la réception de ma notification, et ce, en application de la LOI n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de santé.

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir procéder à la mise à jour de vos fichiers pour arrêter à partir de cette même date de résiliation les décomptes par échanges informatique avec ma caisse de Sécurité Sociale et s'il ya lieu me rembourser les cotisations indues.

Je vous prie de bien vouloir me donner acte de cette dénonciation et me faire parvenir un certificat de radiation.

***Veillez agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.***

**Signature**