[Nom de la mutuelle]

[Adresse de la mutuelle]

[Numéro adhérent]

 Fait à XXXXX, le JJ/MM/AAAA

Objet : Dénonciation de l’adhésion au contrat d’assurance frais de santé n° XXXXXXXXX

Madame, Monsieur,

Je soussigné [Nom et prénom], né(e) le [JJ/MM/AAAA] demeurant au [adresse], demande par la présente la dénonciation de mon adhésion au contrat d’assurance frais de santé n° XXXXXXXX à effet du [JJ/MM/AAAA].

Je vous remercie de bien vouloir me transmettre dans les meilleurs délais, un certificat indiquant la date de fin de mon adhésion à ce contrat.

Comme le prévoit la réglementation, je vous prie de procéder au remboursement du solde de cotisation éventuellement dû dans un délai de 30 jours à compter de la date d’effet de la dénonciation.

Cordialement,

Signature