[Prénom][NOM]
[Adresse]
[Code Postal][Ville]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal][VILLE]
Paris, le 20/11/2026

Objet : Résiliation de mon contrat d'assurance maladie complémentaire (mutuelle)

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de ma décision de résilier mon contrat d'assurance maladie complémentaire souscrit auprès de votre organisme. Cette démarche s'inscrit dans l'exercice de mon droit à mettre fin à mon adhésion à l'échéance prévue.
Ce contrat est enregistré sous le numéro [Numéro de contrat / d'adhérent] et arrive à échéance le [Date d'échéance]. Je souhaite y mettre fin à cette date, dans le respect du délai de préavis prévu par les conditions générales de mon adhésion. Cette résiliation fait suite à [motif : changement d'organisme, adhésion à la complémentaire de mon employeur, évolution de mes besoins].
En conséquence, je vous remercie de bien vouloir cesser tout prélèvement de cotisation à compter de la date effective de résiliation et de mettre fin, à compter de cette même date, à l'ensemble des garanties attachées à ce contrat. Je vous prie également de m'adresser une confirmation écrite de la fin du contrat ainsi qu'un relevé d'information à jour le concernant.
Je vous saurais gré d'accuser réception de la présente demande et de me préciser, le cas échéant, le montant du trop-perçu de cotisations à me rembourser, accompagné des modalités et du délai de ce remboursement. Aucun renouvellement tacite ne devra intervenir au-delà de cette échéance, conformément aux dispositions légales applicables aux contrats de complémentaire santé.
Vous trouverez ci-joint, si nécessaire, copie des documents utiles au traitement de mon dossier. Je reste à votre disposition, à l'adresse et au numéro de téléphone figurant en en-tête, pour vous transmettre tout justificatif complémentaire et faciliter le suivi de cette démarche.
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature