

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 20/06/2026

Objet : Demande d'affiliation à votre mutuelle santé

Madame, Monsieur,

Je vous adresse par ce courrier ma demande d'affiliation à votre mutuelle santé, dans le cadre de [souscription individuelle / contrat collectif de l'entreprise nom de l'entreprise], sous la référence [numéro de contrat ou d'adhérent, le cas échéant].

Je souhaite rattacher à cette couverture [nom et prénom de l'ayant droit], [conjoint / enfant / autre lien] de [nom de l'adhérent principal], né(e) le [date de naissance]. Cette demande fait suite à [événement : mariage, naissance, embauche, autre] survenu le [date], et je sollicite une prise d'effet de la couverture au [date d'effet souhaitée].

Vous trouverez ci-joint les pièces justificatives nécessaires au traitement de mon dossier : [attestation de droits de l'Assurance Maladie, justificatif du lien de parenté, copie d'une pièce d'identité, RIB, certificat de scolarité le cas échéant].

Je vous remercie de bien vouloir me confirmer l'enregistrement de cette affiliation, de m'indiquer le montant de la cotisation correspondante ainsi que toute formalité complémentaire à accomplir de mon côté.

Dans l'attente de votre confirmation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature