

**Vos coordonnées :**

*Prénom et nom*

*Adresse*

*Code postal et ville*

*n° de téléphone*

**(Votre numéro de contrat)**

**(Fait à ....)**

**Les coordonnées de votre mutuelle :**

*Raison sociale*

*Adresse*

*Code postal et ville*

**Objet :** Renonciation au contrat de complémentaire santé

Madame, Monsieur,

En tant que titulaire principal du contrat n° **(numéro de votre contrat)**, souscrit le **[.../.../...]**, je vous informe de mon souhait de renoncer à ce contrat conformément à l'article **[XXX]** du Code de **(à préciser en fonction de la nature de votre organisme assureur)**

À compter de la date de réception de ce courrier, je vous prie de bien vouloir m'informer de la prise en compte de cette renonciation et de procéder au remboursement intégral des sommes versées sur ce contrat dans un délai de trente jours calendaires révolus.

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

**(Votre signature)**