Prénom Nom

Fait à ……. , le …/….

Nom de la Compagnie d’assurance

Adresse

Code postal

N° d’assuré : …………

N° de contrat : ………….

Adresse postale

Téléphone

Objet : Résiliation de mutuelle santé individuelle pour adhésion obligatoire à une mutuelle collective

Madame, Monsieur,

Etant déjà couvert par mon employeur via un contrat d’assurance santé collectif obligatoire, je suis dans l’obligation de résilier ma mutuelle souscrite chez vous. En effet le doublon d’assurance n’est pas autorisé et fait partie des raisons de résiliation autorisées.

Vous pourrez trouver l’attestation de mon employeur précisant cette obligation jointe à ce courrier.

Je vous prie par avance de bien vouloir prendre en charge ma demande, de m’envoyer l’avis de résiliation ainsi que de procéder au remboursement au prorata de l’éventuel trop perçu de mes cotisations.

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

Cordialement,

Prénom Nom

Signature