

[Vos nom et prénom]

[Votre adresse]

[Code postal et ville]

[Votre téléphone]

[Votre email]

[Nom de la mutuelle]

[Adresse de la mutuelle]

[Code postal et ville]

À [votre ville], le [date]

**Objet : Résiliation de contrat de complémentaire santé en vertu de la Loi Hamon**

Numéro de contrat/adhérent : [votre numéro]

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [votre nom et prénom], vous informe par la présente de ma volonté de résilier mon contrat de complémentaire santé référencé ci-dessus, conformément aux dispositions de l'article L.113-15-2 du Code des assurances (Loi Hamon).

Mon contrat ayant plus de 12 mois d'ancienneté, je vous demande de bien vouloir procéder à sa résiliation. Celle-ci prendra effet un mois après la réception de ce courrier.

Je vous prie de me faire parvenir dans les meilleurs délais :

- Une confirmation écrite de cette résiliation
- Un certificat de radiation
- Le remboursement des cotisations éventuellement versées pour la période postérieure à la date d'effet de la résiliation

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Votre signature]