Prénom nom  
Adresse  
Code postal ville  
N° de téléphone

E-mail

MACIF Assurance Santé

Adresse

Code postal ville

Fait à …(ville)…, le …(date)…

Objet : résiliation de mutuelle santé

Contrat n° : ……………..….…

Adhérent n° : …………………

Madame, Monsieur,

Mon contrat santé MACIF référencé sous le n° ...(précisez)... arrivera à son échéance annuelle le ...(date)....

Par conséquent, je vous demanderais de bien vouloir procéder à sa résiliation à cette date et de me faire parvenir par courrier un certificat de radiation.

En vous remerciant par avance de faire le nécessaire, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature …………..……………