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 …………..……………