

[Prénom - NOM] :
[Votre adresse] :
[Numéro de votre police d'assurance] :

MMA
14 Boulevard Marie et Alexandre Oyon
72030 Le Mans Cedex 9

[Lieu, Date] :

Objet : Résiliation contrat complémentaire santé
Lettre Recommandée avec Accusé de Réception

Madame, Monsieur,

Par la présente je vous informe de ma volonté de résilier le contrat d'assurance de complémentaire santé dont le numéro est indiqué ci-dessus à sa date d'échéance.

Je vous remercie de m'envoyer un avenant de résiliation.

Veuillez accepter l'expression de mes salutations distinguées.