# NOM ………………………………

## Cadre à remplir par l’agent, **à envoyer avant le 31 octobre 20xx ………………………….**

**Prénom ………………………….**

**Adresse ………………………….**

**………………………………………**

**Société d’assurances**

**Adresse**

**00000**

XXX, le

**Objet : Résiliation complémentaire santé et / ou prévoyance [[1]](#footnote-1)(1)**

Monsieur le Directeur,

Suite à la mise en place d'un régime collectif de complémentaire santé et de prévoyance au sein de XXX, je vous prie de bien vouloir effectuer la résiliation de mon / mes contrat(s) d'assurance complémentaire santé et / ou prévoyance **[[2]](#footnote-2)(1)** n**°………………………** à effet du\_\_/\_\_/\_\_\_\_ minuit.

Dans ce cadre, pour la mutuelle, je vous prie de bien vouloir interrompre au \_\_/\_\_/\_\_\_\_ minuit les télétransmissions entre la Caisse Primaire d’Assurance Maladie et votre organisme pour chaque bénéficiaire sous ce contrat : mon conjoint, mes enfants et
moi-même.

Je vous serais obligé de bien vouloir m'accuser réception de la présente déclaration.

Recevez, Monsieur le Directeur, l’assurance de mes salutations distinguées.

**Signature**

1. (1) Merci de rayer la mention inutile le cas échéant [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)