[Prénom, Nom de l'expéditeur]

[Adresse]

[Numéro de téléphone]

[Adresse e-mail]

**La mutuelle des fonctionnaires**

28 Rue Olry

Vallées des génies

98800 Nouméa

A [lieu], le [date]

**OBJET : DEMANDE DE NON RENOUVELLEMENT DE L’ASSURANCE SANTE**

Madame, Monsieur,

J’ai souscrit un contrat de complémentaire santé le [date de souscription], portant le N° [numéro du contrat].

Conformément aux dispositions contractuelles contenues dans ledit contrat, faculté m’est offerte de procéder à sa résiliation à chaque échéance annuelle.

Cette dernière arrive le [date d’échéance annuelle].

Je vous remercie de bien vouloir procéder à la résiliation de ce contrat à cette même date.

Vous souhaitant parfaite réception de la présente.

Dans l’attente d’un retour de votre part, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

[Signature]