

Nom
Prénom
Adresse

Objet : Formulaire de renonciation

A l'attention de HENNER – Centre de gestion
Mutuelle Saint-Martin – TSA 81938
92894 NANTERRE CEDEX 09

Fait à ..., le

Madame, Monsieur,

Le ... **[date]**, j'ai souscrit à distance auprès de vous un contrat de complémentaire santé.

Après réflexion, je vous informe que j'exerce mon droit de renonciation de 14 jours conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

En conséquence, je vous demande de procéder dans les meilleurs délais au remboursement du solde des cotisations déjà perçues.

J'atteste sur l'honneur que toutes sommes perçues à titre de remboursement de frais de santé entre la souscription et la renonciation seront restituées intégralement à la Mutuelle Saint-Martin dans un délai de trente (30) jours.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments distingués.

Signature