

LETTRES TYPES

- **RÉSILIATION POUR MOTIF D'ADHÉSION À UN CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE :**

Si l'agent est le souscripteur :

Nom, Prénom
Adresse
Code postal - Ville
E-mail

Nom assureur
Adresse de l'assureur
Code postal, Ville

Réf : Numéro de contrat
Nom et adresse de l'assureur

XXXXX, le XX/XX/XXXX.

Objet : Résiliation de mon contrat de complémentaire santé pour adhésion obligatoire à la mutuelle du ministère

Madame, Monsieur,

Conformément à ses stipulations, je vous informe de ma volonté de résilier mon contrat de complémentaire santé n° (*numéro de contrat*) dont je suis titulaire depuis le (*date du début de contrat*).

Cette demande de résiliation intervient dans le cadre de l'adhésion obligatoire au régime collectif de mon employeur (nom de l'employeur) **à compter du 1^{er} janvier 2026**.

Vous trouverez en pièce jointe une attestation de mutuelle obligatoire établie par mon employeur et confirmant ma situation.

Je vous prie de bien vouloir me confirmer cette résiliation dès réception de la présente.

Je vous saurais également gré(e) de bien vouloir me rembourser la partie des cotisations qui auront été payées durant la période postérieure à ma résiliation.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération respectueuse.

Signature

PJ : une attestation de mutuelle obligatoire

Si l'agent est l'ayant droit du souscripteur :

Nom, Prénom du souscripteur
Adresse
Code postal - Ville
E-mail

Nom assureur
Adresse de l'assureur
Code postal, Ville

Réf : Numéro de contrat
Nom et adresse de l'assureur

XXXXX, le XX/XX/XXXX.

Objet : Retrait d'un bénéficiaire de mon contrat de complémentaire santé pour adhésion obligatoire à la mutuelle du ministère

Madame, Monsieur,

Conformément à ses stipulations, je vous demande de bien vouloir retirer *M. ou Mme XXXX (nom et prénom de l'agent)* de mon contrat de complémentaire santé n° (*numéro de contrat*) dont je suis titulaire depuis le (*date du début de contrat*).

Cette demande de retrait intervient dans le cadre de l'adhésion obligatoire au régime collectif de son employeur (nom de l'employeur) **à compter du 1^{er} janvier 2026.**

Vous trouverez en pièce jointe une attestation de mutuelle obligatoire établie par l'employeur de *M. ou Mme XXXX (nom et prénom de l'agent)* et confirmant sa situation.

Je vous prie de bien vouloir me confirmer ce retrait dès réception de la présente.

Je vous saurais également gré(e) de bien vouloir me rembourser la partie des cotisations qui auront été payées durant la période postérieure au retrait.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération respectueuse.

Signature

PJ : une attestation de mutuelle obligatoire

- **RÉSILIATION AVANT L'ÉCHÉANCE ANNUELLE (à envoyer au plus tard 2 mois avant l'échéance annuelle) :**

Nom, Prénom
Adresse
Code postal - Ville
E-mail

Nom assureur
Adresse de l'assureur
Code postal, Ville

Réf : Numéro de contrat
Nom et adresse de l'assureur

XXXXX, le XX/XX/XXXX.

Objet : Résiliation de mon contrat de complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de ma volonté de résilier mon contrat de complémentaire santé n° (*référence du contrat*) souscrit le XX/XX/XXXX qui arrive à son échéance annuelle le 31/12/2025.

Je vous prie de bien vouloir me confirmer cette résiliation dès réception de la présente.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération respectueuse.

Signature

- **RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE PAR L'AGENT DONT LE CONTRAT INDIVIDUEL A PLUS D'UN AN :**

Nom, Prénom
Adresse
Code postal - Ville
E-mail

Nom assureur
Adresse de l'assureur
Code postal, Ville

Réf : Numéro de contrat
Nom et adresse de l'assureur

XXXXX, le XX/XX/XXXX.

Objet : Résiliation de mon contrat de complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de ma volonté de résilier mon contrat de complémentaire santé n° *(référence du contrat]* souscrit le XX/XX/XXXX *(date de souscription de votre contrat de plus d'un an lors de l'envoi de votre lettre).*

Conformément à la loi du 14 juillet 2019 sur la résiliation infra-annuelle des contrats santé, je vous remercie par avance, en tant qu'organisme d'assurance destinataire de cette lettre, de prendre acte, dans les meilleurs délais, de la résiliation de mon contrat à la date du 31/12/2025.

Je vous saurais gré, par avance, de me confirmer par écrit la réception de la notification de résiliation par le biais d'un avis de dénonciation ou d'une attestation de résiliation m'informant de la date de prise d'effet de la résiliation ainsi que le remboursement d'un éventuel trop-perçu.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération respectueuse.

Signature

- **RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE PAR LA MGAS – MANDAT**

Cf. Pièce jointe avec coche obligatoire et non modifiable :



La date de résiliation de mon contrat :

- Un mois plus un jour à compter de la date d'envoi de la notification à l'organisme cédant conformément aux articles L221-10-2 et R221-6 du code de la mutualité.
- Au dernier jour du mois civil au cours duquel survient l'expiration du délai prévu aux articles L221-10-2 et R221-6 du code de la mutualité, soit au [REDACTED]

- **MODÈLE D'ATTESTATION D'EMPLOYEUR POUR LA MUTUELLE OBLIGATOIRE :**

Papier en tête

Nom + prénom
Fonction
Nom de l'employeur
Adresse

Objet : Attestation d'affiliation à une mutuelle obligatoire

Je soussigné(e) (nom, prénom et fonction du signataire), (nom et adresse de l'employeur /établissement), atteste par la présente que :
(nom et prénom de l'agent) dont le numéro de Sécurité Sociale est le (numéro complet), est agent au sein de notre établissement depuis le (date d'embauche).

En vertu des dispositions du Décret no 2022-633 du 22 avril 2022 sur la protection sociale complémentaire des fonctionnaires, il bénéficie du régime collectif obligatoire de complémentaire santé souscrit par notre ministère.

Son adhésion à ce régime prendra effet le 01/01/2026.

Cette attestation est établie et délivrée sur la base des informations disponibles à la date de sa rédaction. L'employeur ne saurait être tenu responsable en cas de modification ou d'inexactitude des informations communiquées, notamment en ce qui concerne l'éligibilité ou la situation individuelle de l'agent.

L'agent doit transmettre cette attestation à son assureur actuel dans les meilleurs délais pour que la résiliation de son contrat prenne effet au 31/12/2025.

Fait à....

Le.../.../....

Signature

Cachet de l'employeur