*MADAME GRAEFF SYLVAINE*

*43 AVENUE DE LA REPUBLIQUE*

*75011 PARIS*

*MIEL MUTUELLE*

*11 rue du Gris de Lin  
42021 Saint-Etienne Cedex 1*

*Objet : demande de résiliation de notre contrat d’assurance*

*Recommandée avec AR*

*N° SS : 2 42 11 58 194 015 26*

*N° d’adhérent : 53809185*

*Madame, Monsieur,*

*Je tiens, par la présente, à vous informer de ma décision de mettre un terme à mon contrat de mutuelle santé arrivant à échéance le 31/12/2019.  
Je vous remercie donc par avance de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat à cette date.   
  
Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire que requerrait ma demande,   
  
Je vous prie d'agréer l’expression de mes salutations distinguées.*

*Signature*

*MADAME GRAEFF SYLVAINE*