

Votre nom :
Votre prénom :
Votre adresse :
Votre date de naissance :

**Lettre recommandée
avec accusé de réception**

Monsieur le Directeur
MCF – Service Adhésions
28 rue Fortuny
75017 PARIS

A....., le

Vos références :
N° de sécurité sociale :
N° d'adhérent :
N° de transaction bancaire :

Objet : annulation d'une souscription dans le délai de 30 jours.

Monsieur le Directeur,

Le (*date de la demande*), j'ai souscrit un contrat "complémentaire santé" : (nom de la garantie) SMEREP.

Conformément à l'article L. 223-8 du Code de la Mutualité, le délai de 30 jours n'étant pas expiré, je vous demande d'annuler ma souscription et de me retourner..... (l'acompte versé, le montant versé).

Dans cette attente, veuillez accepter Monsieur le Directeur, mes sincères salutations.

Signature,

P.J. : Copie de mon bulletin d'adhésion
Original de mon RIB pour remboursement de la garantie MCF