

Nom Prénom
Adresse
Téléphone
N° d'adhérent CNM :
ou si pas encore reçu
N° porté sur le devis :

CNM Prévoyance Santé
Service Adhésion
93 A rue Oberkampf
75553 PARIS CEDEX 11

Lieu et date à préciser

Lettre recommandée AR

Objet : Lettre de rétractation

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente, qu'après réflexion, je ne souhaite plus adhérer auprès de la CNM Prévoyance Santé pour la garantie complémentaire santé (*nom à préciser*), contrairement au bulletin d'adhésion que j'ai signé en date du (*date à préciser*).

Aujourd'hui, je souhaite exercer mon droit de rétractation conformément au code de la mutualité (article L. 221-18). Ma demande intervenant dans un délai de 14 jours suivant la signature de mon bulletin d'adhésion, je vous prie de bien vouloir vérifier qu'aucune cotisation ne m'a été prélevée et, le cas échéant, de me restituer la somme déjà versée en utilisant pour ce faire le RIB du compte que je vous ai communiqué. Je m'engage par ailleurs à vous restituer dans les 30 jours, les prestations qui auraient pu m'être déjà versées.

Vous remerciant par avance de votre réponse rapide, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Signature