

Coordonnées de l'assuré

Coordonnées de l'assureur

Fait à , le

Objet : Résiliation du contrat de complémentaire santé (n° de contrat)

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente de mon souhait de résilier mon contrat d'assurance santé professionnelle N° (n°de contrat), souscrit le (date de souscription) conformément aux dispositions prévues dans le cadre de la loi Chatel.

Cette résiliation est effective dès le lendemain de l'envoi de ce courrier OU à la fin du mois, soit le JJ/MM/AAAA.

Je vous remercie par avance de bien vouloir me faire parvenir une attestation de résiliation, ainsi qu'un éventuel remboursement du trop-perçu.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature