

Prénom Nom
Adresse
Code postal - Ville
Téléphone
Mail

Nom de l'organisme assureur
Service Résiliation
Adresse
Code postal - Ville

Objet : Résiliation de contrat de complémentaire santé

N° d'adhérent : XXX

N° de contrat : XXXX

A (ville), le (date)

Madame/Monsieur,

Par la présente lettre, je vous informe de ma décision de mettre fin à mon contrat de d'assurance complémentaire santé numéro XXXX dans le cadre de la loi du 14 juillet 2019 autorisant la résiliation infra-annuelle.

Je vous saurais gré de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat dans les conditions prévues par la résiliation infra-annuelle. Je vous remercie donc de me transmettre dans les meilleurs délais mon attestation de résiliation et de procéder à la résiliation de mon contrat dans un délai d'un mois.

Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, mes respectueuses salutations.

Prénom - Nom
Signature