

Vos Coordonnées :

Votre Assureur actuel :

Objet : Demande de résiliation

N° du contrat :

Date d'échéance principale :

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente que je souhaite faire cesser les effets du contrat d'assurance complémentaire santé référencé ci-dessus à son échéance principale, soit le

Je vous prie de bien vouloir m'en accuser réception et me faire parvenir mon certificat de radiation.

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

Fait à

Le

Signature

DOCUMENT A ENVOYER EN RECOMMANDÉ AVEC ACCUSE DE RECEPTION