

Votre Nom et Prénom  
Adresse (ligne 1)  
Adresse (ligne 2)  
Code postal et Ville  
Tél : -----  
Mail : -----@-----.fr

Ville et date....

Destinataire  
Adresse (ligne 1)  
Adresse (ligne 2)  
Code postal et Ville

**Recommandé avec AR**

**Objet : Clôture de ma complémentaire santé**

Madame, Monsieur,

Comme le prévoit la loi du 14 juillet 2019 sur la résiliation infra-annuelle des contrats santé, en tant qu'organisme d'assurance destinataire de cette lettre vous devez me confirmer par écrit la réception de la notification de résiliation via un avis de dénonciation ou de résiliation m'informant de la date de prise d'effet de la résiliation.

Je vous remercie, par avance, de me tenir informé du déroulement de cette opération et de m'indiquer, le cas échéant, les pièces complémentaires nécessaires au déblocage de mon contrat.

Dans l'attente, je vous remercie et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Nom Prénom  
Signature