

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 du contrat complémentaire santé la première année

Madame, Monsieur,

À la suite d'une modification de ma situation [*Indiquer le cas : changement de domicile, changement de régime matrimonial, changement de profession, départ en retraite, cessation définitive d'activité professionnelle*], je souhaite résilier mon contrat d'assurance complémentaire santé n° [*Indiquer le numéro du contrat d'assurance*] souscrit le [*indiquer la date de souscription du contrat*] chez [*Indiquer le nom de la société*].

Je vous prie de bien vouloir accuser réception des pièces justificatives jointes à ce courrier [*Indiquer les pièces : justificatifs de domicile, contrat de mariage...*] et de faire le nécessaire afin d'annuler les effets de cette assurance dans un délai d'un mois à compter de la réception de la présente.

Je vous serais également reconnaissant(e) de m'envoyer en retour un certificat de radiation et de me rembourser les cotisations payées correspondant à la période postérieure à ma résiliation.

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

Nom Prénom
Signature