Prénom nom
Adresse
Code postal ville
N° de téléphone

E-mail

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le ....(date)….

Objet : contestation de remboursement

N° d’adhérent : ………………………

P.J. : …………………………….……

Madame, Monsieur,

J’ai souscrit auprès de votre assurance complémentaire une formule prévoyant le remboursement des …(indiquez le type d’acte)… à hauteur/dans la limite de …(précisez)….

Or, votre dernier relevé fait état de soins médicaux dont j’ai bénéficié en date du …(mentionnez)… qui sont non pris en charge intégralement.

Dans ces conditions, je vous demanderais de bien vouloir respecter votre engagement contractuel en me remboursant la somme de …(spécifiez)… € dans les meilleurs délais.

Vous trouverez les …(indiquez le type de document : feuille de soins, ordonnance, relevé de décompte de la CPAM)… que je joins à la présente lettre.

Dans cette attente, je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l’assurance de ma parfaite considération.

                                                                                                                                                                                                                                   Signature : .....................................