Prénom, nom : ............................
Adresse : .....................................

Code postal - Ville : ...................
Téléphone : .................................
E-mail : .......................................

 Destinataire

 Adresse destinataire

 Code postal - Ville

 A .…(ville).…, le .…..(date).…..

Objet : résiliation de mon contrat d'assurance santé
Réf. : ……....(n° police)….……

Madame, Monsieur,

J’ai souscrit auprès de votre compagnie MAIF, un contrat d’assurance complémentaire santé le …(date)… qui porte la référence n°…………………

Aussi, conformément à l’article 113-12 du Code des assurances, je vous informe que je souhaite mettre un terme à celui-ci.

Respectant précisément le délai de préavis de 2 mois auquel je suis tenu, mon contrat est résiliable à sa date anniversaire, c’est-à-dire le ...(date)….

En vous remerciant de me confirmer par écrit la prise en compte de ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

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