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
Police n° : …………..........…

Madame, Monsieur,

J’ai souscrit le contrat d'assurance complémentaire santé n°…(précisez)… auprès de votre société dont l’échéance annuelle est fixée au …(date)….

Respectant le délai de préavis de …(précisez)… auquel je suis tenu, je vous demande de le résilier à compter de cette date et d’arrêter les prélèvements sur mon compte bancaire.

En vous remerciant par avance de bien vouloir m’adresser une lettre confirmant la prise en compte de ma demande, je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes respectueuses salutations.

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