Prénom Nom

Adresse

Code postal - Ville

Téléphone

Mail

Nom de l’organisme assureur (institution de prévoyance, mutuelle, société d’assurance)

À l'attention de Madame/Monsieur X (en cas de destinataire connu),

Adresse

Code postal - Ville

Objet : Résiliation de la complémentaire santé

N° d'adhérent : votre numéro d'adhérent

N° de contrat : votre numéro de contrat

(Ville), le (date)

Madame/Monsieur,

Je tiens, par la présente lettre, dans le cadre de la loi Châtel Article L113-15-1 du code des assurances, à vous informer de ma décision de mettre fin à mon contrat de complémentaire santé, dont l’échéance est le (date)

Je vous saurais gré, par avance, de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat à cette date. Je vous remercie de me faire parvenir dans les meilleurs délais une attestation de résiliation, ainsi que le remboursement de l'éventuel trop-perçu.

Cette résiliation est valable pour les ayants-droits de mon contrat, ainsi que pour les éventuelles options associées au contrat en référence.

Restant à votre entière disposition pour toute information complémentaire susceptible d’être nécessaire,

Je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Prénom - Nom

Signature