

Madame Monsieur
Adresse
CP Ville
N° Client

Assureur

CP Ville

A _____ le __ / __ / ____

LETTRE DE RESILIATION

Madame, Monsieur,

Par la présente lettre recommandée, je vous remercie de procéder à la résiliation de mon contrat d'assurance santé n° _____ à l'échéance du contrat en date du __ / __ / ____.

Je vous prie de me confirmer en retour de la prise en compte de ma demande de résiliation et me faire parvenir un certificat de radiation.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes respectueuses salutations.

Signature