

Fait le _____, à _____

Objet : résiliation de mon contrat complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e)

demande la résiliation de mon contrat complémentaire santé dont vous retrouverez les informations ci-dessous :

- **N° adhérent :**
- **N° de contrat :**
- **Date d'effet de la résiliation souhaitée :**

Je vous remercie pour la prise en compte de ma demande de résiliation dans les meilleurs délais, et de procéder au remboursement des sommes éventuellement trop perçues.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.