**Raison sociale**

**Prénom Nom
Adresse
Téléphone
Mail**

Nom de l’organisme assureur

Adresse

Fait à XXX, le XXX

**Objet**: Résiliation du contrat de garanties complémentaires frais de santé

N° d'adhérent : votre numéro d'adhérent

N° de contrat : votre numéro de contrat

Civilité Nom,

Si résiliation a échéance annuelle

Je vous informe par la présente de notre décision de résilier le(s) contrat(s) de garanties complémentaires frais de santé référencé(s) ci-dessus et souscrits(s) auprès de votre organisme à effet de leur échéance, soit le 31 décembre 20…… .

Pour la bonne règle, je vous prie de bien vouloir nous accuser réception de la présente en nous confirmant, la date d’effet de la résiliation de(s) contrat(s) cité(s) en objet.

Si résiliation infra annuelle

Je vous informe par la présente de notre décision de résilier le(s) contrat(s) de garanties complémentaires frais de santé référencé(s) ci-dessus et souscrits(s) auprès de votre organisme au (date à préciser, le contrat doit avoir plus d’un an d’ancienneté lors de l’envoi de votre lettre).

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.

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.

Signature