

Lettre Recommandée

Vos coordonnées
Adresse
CP + VILLE
N° Police d'assurance :

VILLE, le XX/XX/XXX

**Objet : résiliation du contrat Santé N° à
partir de l'échéance principale du/..**
(2 mois avant la date anniversaire)

ASSUREUR ACTUEL
ADRESSE
CP + VILLE

Madame, Monsieur,

Je soussigné, Monsieur ou Madame XXX, demeurant au ADRESSE + CP + VILLE, souhaite résilier mon contrat santé N° XXX à la date anniversaire de celui-ci.

En conséquence, je vous remercie de bien vouloir procéder à cette résiliation conformément aux dispositions de l'article L113-12 du Code des assurances ou L221-10 du Code de la mutualité, soit pour un effet à la date d'échéance contractuelle dudit contrat.

Nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

M. ou Mme XXX

SIGNATURE