

- **RÉSILIATION AVANT L'ÉCHÉANCE ANNUELLE (à envoyer au plus tard 2 mois avant l'échéance annuelle) :**

Nom, Prénom
Adresse
Code postal - Ville
E-mail

Nom assureur
Adresse de l'assureur
Code postal, Ville

Réf : Numéro de contrat
Nom et adresse de l'assureur

XXXXX, le XX/XX/XXXX.

Objet : Résiliation de mon contrat de complémentaire santé

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de ma volonté de résilier mon contrat de complémentaire santé n° *(référence du contrat)* souscrit le XX/XX/XXXX qui arrive à son échéance annuelle le 31/12/2025.

Je vous prie de bien vouloir me confirmer cette résiliation dès réception de la présente.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération respectueuse.

Signature