- **RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE PAR L'AGENT DONT LE CONTRAT INDIVIDUEL A PLUS D'UN AN :**

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 (date de souscription de votre contrat de plus d'un an lors de l'envoi de votre lettre).*

Conformément à la loi du 14 juillet 2019 sur la résiliation infra-annuelle des contrats santé, je vous remercie par avance, en tant qu'organisme d'assurance destinataire de cette lettre, de prendre acte, dans les meilleurs délais, de la résiliation de mon contrat à la date du 31/12/2025.

Je vous saurais gré, par avance, de me confirmer par écrit la réception de la notification de résiliation par le biais d'un avis de dénonciation ou d'une attestation de résiliation m'informant de la date de prise d'effet de la résiliation ainsi que le remboursement d'un éventuel trop-perçu.

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

Signature