NOM PRENOM

ADRESSE

Téléphone

E-mail :

N° CLIENT

Nom de l’organisme assureur

A l'attention de X

Adresse

Code postal - Ville

A…………………, le ……………..

**OBJET : Résiliation infra annuelle**

**N° LRAR :**

**N° SS :**

**N° adhésion / N° de Contrat**

Madame, Monsieur,

Par la présente, en application de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation infra-annuelle, je vous informe de ma décision de mettre fin au contrat en objet.

Je vous remercie de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat d’assurance santé dans les 30 jours suivant la réception de la présente.

Je vous saurais gré de bien vouloir procéder à la résiliation de mon contrat dans les conditions prévues par la résiliation infra-annuelle et j vous remercie donc de me transmettre dans les meilleurs délais mon attestation de résiliation. Je compte également sur votre diligence pour rembourser les sommes éventuellement trop perçues.

Je reste à votre écoute pour toute information complémentaire susceptible d’être nécessaire et vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, mes respectueuses salutations.

Prénom - Nom

Signature