

Nom / Prénom  
Adresse  
Code Postal  
N° SS :

Nom de l'organisme  
Adresse  
Code Postal

Fait à  
Le

Lettre avec Accusé de Réception

Objet : Résiliation du contrat individuel  
N° Contrat : xxxxxx

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe que mon employeur a mis en place un contrat collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé applicable depuis le JJ/MM/AAAA.

A cette occasion, je vous fais part de ma volonté de résilier mon contrat individuel de complémentaire santé dont les références sont citées ci-dessus, avec prise d'effet au JJ/MM/AAAA.

Je vous remercie d'accuser réception de la présente et de me faire parvenir un certificat de radiation.

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Signature