

Nom et prénom de l'assuré :

Adresse de l'assuré :

N° de sécurité sociale :

N° du contrat :

A....., le .....

**Lettre recommandée avec Accusé de réception**

Monsieur le Directeur,

Je vous informe par la présente lettre recommandée avec AR de ma décision de mettre fin à mon contrat complémentaire santé dont le numéro est rappelé ci-dessus.

(le cas échéant) Cette décision concerne également les membres suivants de ma famille :

- (nom, prénom) : ..... date de naissance : .....
- (nom, prénom) : ..... date de naissance : .....
- (nom, prénom) : ..... date de naissance : .....
- (nom, prénom) : ..... date de naissance : .....
- (nom, prénom) : ..... date de naissance : .....

Cette décision prend effet à l'échéance normale de ce contrat, le .....

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Signature