

(Nom et prénom)
(Adresse postale)
(Numéro d'assuré)

RECOMMANDÉ

(Nom de la caisse-maladie)
(Adresse postale de la caisse-maladie)

(Lieu et date)

Objet : résiliation de l'assurance complémentaire

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de la résiliation des couvertures suivantes d'assurance complémentaire **au 31.12.20--** :

- (Nom de la couverture d'assurance complémentaire)
- (Nom de la couverture d'assurance complémentaire)
- (Nom de la couverture d'assurance complémentaire)
- (Nom de la couverture d'assurance complémentaire)

Je vous remercie de bien vouloir prendre note de ma résiliation et je reste dans l'attente de votre confirmation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les plus distinguées.

(Nom et signature)