

[Vos prénom et nom]

[Votre adresse]

[Code postal, ville]

[N° de contrat ou de client]

Objet : Résiliation de mon contrat de complémentaire santé — contrat n° [numéro]

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente de ma décision de résilier mon contrat de complémentaire santé référencé ci-dessus.

[Option résiliation infra-annuelle – après 1 an : Je fais usage du droit de résiliation à tout moment prévu par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019. La résiliation prend effet un mois après réception du présent courrier.]

[Option Chatel – à l'échéance : Je résilie mon contrat à son échéance annuelle conformément à l'article L113-15-1 du code des assurances (ou L221-10-1 du code de la mutualité / L932-21-1 du code de la sécurité sociale selon votre organisme).]

[Option motif légitime : Je bénéficie d'un motif de résiliation (justificatif ci-joint). La résiliation prend effet un mois après réception du présent courrier.]

Je vous remercie de me confirmer par écrit la date effective de résiliation et de cesser tout prélèvement au-delà des sommes restant dues.

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

Fait à [ville], le [date]

[Signature]