

**Votre Prénom, NOM**

Votre Adresse

Code Postal - Ville

**Nom du Destinataire**

Adresse du Destinataire

Code Postal - Ville

Votre Ville, le Jeudi 17 Mai

Titulaire d'un contrat complémentaire santé auprès de votre compagnie depuis le <DATE DE DEBUT DE CONTRAT> sous la référence <NUMERO CLIENT>, je vous informe par la présente que je souhaite mettre un terme à celui-ci.

Dans ces conditions, je vous saurais gré de bien vouloir y mettre fin à échéance, soit le <DATE ANNIVERSAIRE>. Vous noterez que ma demande intervient dans un délai de <NOMBRE DE JOURS> avant la date anniversaire de mon contrat, respectant ainsi le délai de prévenance auquel je suis tenu(e).

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

*Signature*