

**Votre Prénom, NOM**

Votre Adresse

Code Postal - Ville

**Nom du Destinataire**

Adresse du Destinataire

Code Postal - Ville

Votre Ville, le Mercredi 20 Juin

Par la présente, je vous informe que je souhaite mettre un terme à mon contrat d'assurance portant les références <NUMERO DE POLICE D'ASSURANCE> à sa date anniversaire, soit le <DATE ANNIVERSAIRE>.

Dans ces conditions, je respecte le délai de préavis de <NOMBRE DE JOURS> auquel je suis tenu(e). Par ailleurs, je vous informe de la révocation de l'autorisation de prélèvement automatique vous réglerai la facture de clôture de compte par chèque dès réception de celle-ci.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

*Signature*