

**Indiquez vos coordonnées :**

Numéro d'assuré

Nom

Prénom

Rue, numéro

Numéro postal, lieu de domicile

**Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :**

Nom de l'assurance-maladie

Rue, numéro

Numéro postal, lieu

Lieu et date

## Résiliation de l'assurance complémentaire facultative

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie les couvertures suivantes de l'assurance complémentaire facultative avec effet aux dates indiquées ci-dessous :

Indiquez l'assurance complémentaire que vous souhaitez résilier, selon votre police.

| Nom de l'assurance complémentaire | Résiliation au |
|-----------------------------------|----------------|
|                                   |                |
|                                   |                |
|                                   |                |
|                                   |                |

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m'envoyer une confirmation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Nom, Prénom

Signature

**Note :**

Il est préconisé d'envoyer cette lettre par courrier recommandé