

[Prénom][NOM]

[Adresse]

[Code Postal][Ville]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 22/02/2026

Objet : Résiliation de contrat d'assurance maladie en fin de contrat

Madame, Monsieur,

Je vous écris afin de vous notifier ma décision de résilier mon contrat d'assurance maladie complémentaire à l'échéance annuelle, conformément aux dispositions contractuelles.

Mon contrat d'assurance porte le numéro [Numéro de contrat] et arrive à échéance le [Date d'échéance]. Je souhaite donc mettre un terme à ce contrat à cette date, dans le respect des délais de préavis stipulés.

Je vous prie de bien vouloir prendre en compte ma demande de résiliation et de me confirmer par écrit la prise en charge de cette dernière. Je vous remercie également de m'adresser un relevé d'information à jour concernant ce contrat.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire ou pour la fourniture de documents supplémentaires si nécessaire.

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

[Prénom][NOM]

Signature