

[Prénom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 02/05/2026

Objet : Résiliation de ma complémentaire maladie

Madame, Monsieur,

Je vous écris afin de vous informer de ma décision de résilier le contrat de complémentaire maladie souscrit auprès de votre établissement, portant le numéro de contrat [Numéro de contrat].

Conformément aux dispositions générales de votre contrat, je souhaite mettre fin à ce contrat à sa date d'échéance annuelle, soit le [Date d'échéance]. Je vous demande de bien vouloir prendre en compte cette résiliation et de m'envoyer une confirmation écrite de la prise en compte de ma demande.

Je vous remercie de bien vouloir procéder aux formalités nécessaires pour annuler le prélèvement automatique de mes cotisations à compter de la date effective de résiliation. Je vous prie également de me faire parvenir le décompte de mes droits et cotisations jusqu'à cette date.

Je vous rappelle que, selon l'article L113-12 du Code des assurances, l'assuré a le droit de résilier son contrat à chaque échéance annuelle sans avoir à justifier de motif particulier. Je vous envoie cette lettre en respectant le délai de préavis de deux mois, comme stipulé dans les conditions générales de votre contrat.

Merci de m'accuser réception de cette demande par retour de courrier en m'indiquant la date exacte de résiliation de mon contrat. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire parvenir tous les documents relatifs à cette résiliation.

Dans l'attente de votre confirmation, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature