

RESILIATION COMPLEMENTAIRE SANTE

A, le

Expéditeur:

Organisme destinataire

Objet : Demande de **résiliation infra-annuelle** - Loi n° 201-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé.

Numéro de Contrat :

ou numéro d'Adhérent :

Madame, Monsieur,

Je vous demande d'enregistrer la résiliation de mon contrat référencé ci-dessus ainsi que pour tous les ayants droit au motif prévu de la résiliation infra-annuelle.

Le contrat devra prendre fin en date du à minuit conformément aux conditions de résiliation visées par la loi n° 201-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé.

Cette résiliation provoque également l'annulation du prélèvement automatique, ainsi que le remboursement au prorata de l'éventuel trop-perçu des cotisations.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Signature

N.B : Veuillez me faire parvenir un certificat de radiation.