**Expéditeur Destinataire**

[**Nom /Prénom de l’assuré**] [**Assureur cédant**]

[**Adresse de l’assuré**] [**Adresse assureur cédant**]

[**Numéro assuré ou adhérent**]

[**Téléphone de contact assuré**]

[**Mail de contact assuré**]

**Objet** : Demande de résiliation infra-annuelle santé

Madame, Monsieur,

Conformément à la Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, nous vous prions de prendre note par la présente de notre demande de résiliation du contrat de complémentaire santé de référence [**Référence contrat**]

Nous vous remercions de noter que cette demande vaut pour moi et l’ensemble de mes bénéficiaires.

Cette demande de résiliation prendra effet à JJ/MM/AAAA – 24h00.

En vous remerciant d’accuser réception de la présente,

[**Formule de politesse**]

**Date et signature de l’assureur prenant**