

[Prénom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 03/04/2025

Objet : Résiliation complémentaire maladie.

Madame, Monsieur,

Par la présente, veuillez prendre en compte mon intention de résilier le contrat d'assurances maladie N°74678565.

Je vous prie de bien vouloir me confirmer cette résiliation par retour de courrier.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

[Prénom][NOM]

Signature