

Posté par: lettres types

Publiée le : 26/11/2007 22:40:00

Votre Prénom - VOTRE NOM

Votre adresse, Code Postal, Ville

À NOM Prénom

Adresse - Code Postal Ville

Lieu, Date

**Non renouvellement d'un complémentaires santé**

**Recommandé avec Accusé de Réception** Madame, Monsieur, À Titulaire d'un contrat complémentaires santé auprès de votre compagnie sous la référence (précisez le N° client), je vous informe par la présente que je souhaite mettre un terme à celui-ci. Dans ces conditions, je vous saurais gré de bien vouloir y mettre fin à l'échéance le (date à préciser). Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées. À Signature

**Non renouvellement d'un complémentaires santé**