Posté par: lettres types

Publiée le : 26/11/2007 22:40:00

Votre Prénom - VOTRE NOM Votre adresse, Code Postal, VilleÂ NOM Prénom Adresse - Code Postal Ville

Lieu, Date

## Non renouvellement d'une complémentaire santé

Recommandé avec Accusé de Réception Madame, Monsieur, Titulaire d'un contrat complémentaire santé auprÃ"s 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 saurai gré de bien vouloir y mettre fin à échéance le(date à préciser). Veuillez agréer, Monsieur, I'expression de mes salutations distinguées. Signature

Non renouvellement d'une complémentaire santé