

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 contrat; une complémentaire santé

Recommandé avec Accusé de Réception Madame, Monsieur, Titulaire d'un contrat complémentaire 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 saurai gré de bien vouloir y mettre fin à l'occasion le (date à préciser). Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées. *Signature*

Non renouvellement d'un contrat; une complémentaire santé