Nom Prénom :

Adresse :

Organisme Assureur :

Adresse :

Courrier recommandé avec accusé de réception

**Objet : Demande de résiliation pour cause d’adhésion à une complémentaire collective obligatoire**

Madame, Monsieur,

Je vous informe de mon adhésion au contrat de complémentaire santé collectif obligatoire souscrit par mon employeur, qui relève de l'article 83 du Code général des Impôts.

Je vous sais gré de résilier mon contrat de complémentaire santé n°\_\_\_souscrit le       /     /     .

Vous trouverez ci-joint l’attestation fournie par mon employeur.

La résiliation de mon contrat doit prendre effet le       /     /     . (veille de la date de début de mon contrat obligatoire).

Je vous demande de confirmer cette résiliation dès réception du présent courrier. Je vous suis reconnaissant de procéder au remboursement de la partie des cotisations portant sur une période postérieure à la date de résiliation.

Je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

Fait à \_\_, le\_\_

Signature