

LETTRE DE RENONCIATION

Expéditeur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal.....Ville.....

N°de contrat :.....N°d'Assuré.....

Adresse de votre assureur :

Nom :

Adresse :

Code postal.....Ville.....

Objet : Demande de renonciation

Madame, Monsieur,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je déclare renoncer à la souscription de mon contrat Assurance santé n°.....dont la date d'établissement est le / .. / Je précise que la souscription de ce contrat s'est effectuée dans le cadre de la vente à distance.

Dans le cas où des prestations auraient été versées, je m'engage à les rembourser dans un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la présente demande de renonciation.

Date.....signature