

Nom (à compléter)  
Prénom (à compléter)  
Adresse postale (à compléter)  
N° de contrat (à compléter)  
N° d'assuré(e) (à compléter)

Compagnie d'assurance (à compléter)  
Adresse postale (à compléter)

À (ville à compléter), le (date à compléter),

Objet : résiliation du contrat de prévoyance n° (à compléter)

Je soussigné(e) M/Mme Nom Prénom (à compléter) vous informe par la présente de ma volonté de résilier mon contrat de prévoyance n°(à compléter)à sa date d'échéance.

Je vous informe dans le délai légal de 2 mois avant la date d'échéance du contrat, conformément aux dispositions de l'article L 113-12 du Code des Assurances.

Je vous remercie par avance de bien vouloir m'adresser une confirmation de votre prise en compte de ma demande de résiliation à compter du (à compléter).

Bien cordialement,

Nom (à compléter)  
Prénom (à compléter)  
Signature (à compléter)