[Prénom, Nom de l'expéditeur]

[Adresse]

[Numéro de téléphone]

[Adresse e-mail]

**CAFAT**

[4 Rue du General Mangin](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=/maps/place//data%3D!4m2!3m1!1s0x6c27e2917998b8bf:0x7145001d58360503%3Fsa%3DX%26ved%3D1t:8290%26ictx%3D111&ved=2ahUKEwi-q6bPz4mIAxVH3DgGHY_LAxwQ4kB6BAgzEAM&usg=AOvVaw3JL88jwqit1dHoS0TuceUy)

98800 Nouméa

[espace.assures@cafat.nc](mailto:espace.assures@cafat.nc)

A [lieu], le [date]

**OBJET : DEMANDE DE NON RENOUVELLEMENT DE L’ASSURANCE SANTE**

Madame, Monsieur,

J’ai souscrit un contrat de complémentaire santé le [date de souscription], portant le N° [numéro du contrat].

Conformément aux dispositions contractuelles contenues dans ledit contrat, faculté m’est offerte de procéder à sa résiliation à chaque échéance annuelle.

Cette dernière arrive le [date d’échéance annuelle].

Je vous remercie de bien vouloir procéder à la résiliation de ce contrat à cette même date.

Vous souhaitant parfaite réception de la présente.

Dans l’attente d’un retour de votre part, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes salutations distinguées.

[Signature]