**[Votre Nom]**

**[Votre Adresse]**

**[Ville, Code Postal]**

**[Numéro de téléphone]**

**[Adresse e-mail]**

**[Date]**

[Nom de la compagnie d'assurance]

[Adresse de la compagnie d'assurance]

[Ville, Code Postal]

Objet: Résiliation de contrat d'assurance dentaire

Madame, Monsieur,

Je vous adresse par la présente ma demande de résiliation de mon contrat d'assurance dentaire souscrit auprès de votre compagnie. Les détails de mon contrat sont les suivants :

* Nom de l'assuré : **[Votre Nom]**
* Numéro de contrat : **[Votre Numéro de Contrat]**
* Date de souscription : **[Date de Souscription]**

Je souhaite mettre fin à ce contrat à compter de la date [date à laquelle vous souhaitez que la résiliation prend effet], conformément aux conditions générales de celui-ci.

Je vous prie donc de bien vouloir prendre les mesures nécessaires pour effectuer la résiliation dans les meilleurs délais et de l'informer de la date à laquelle la résiliation prendra effet.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Cordialement,

**[Votre Signature (si envoyé par courrier)]**

**[Votre Nom]**

*Freeassur.com*