[RAISON SOCIALE ET ADRESSE DE L’ENTREPRISE]

 [NOM ET ADRESSE DE L’ASSUREUR]

Fait à [Ville] le [date]

**Objet : Refus des modifications de mon contrat collectif frais de santé HCR à effet du 01/07/2022**

Numéro(s) de SIREN concerné(s) : indiquer l’ensemble des SIREN à lister

Référence(s) contrat(s) ou N° adhérent concerné(s)  : indiquer l’ensemble des références contrats concernés

Madame, Monsieur,

Par la présente, **je vous manifeste ma volonté de ne pas accepter** à effet du 01/07/2022 **les modifications apportées à mon/mes contrats** collectif frais de santé HCR référencés ci-dessus, souscrit pour le compte de l’entreprise [raison sociale - SIREN].

Ainsi, conformément à l’article 3.2 des Conditions Générale de mon / mes contrats **je prends note que mon/mes contrats prendra/prendront fin le 30 septembre 2022 à 23H59.**

Je vous prie de bien vouloir me confirmer par retour la bonne réception de ma demande.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l’expression de ma considération respectueuse.

[Prénom Nom]

[Fonction au sein de l’entreprise]

[Nom de l’entreprise]