

NOM AGENT
ADRESSE
CP VILLE

ORGANISME

ADRESSE

CP VILLE

Service Gestionnaire

Dossier suivi par :

Tél. :

N° agent :

Lettre recommandée AR

LIEU, DATE

Objet : 1^{ère} relance

Madame, Monsieur,

Vous vous étiez engagé à régler par prélèvement votre cotisation complémentaire santé avancée par l'organisme pour votre compte.

Nous vous informons que le prélèvement du mois de MOIS, d'un montant de MONTANT euros, a échoué pour la raison suivante : provision insuffisante.

Nous vous invitons à régulariser votre cotisation par chèque d'un montant de MONTANT euros à l'ordre de l'AGENT COMPTABLE DE L'ORGANISME accompagné du coupon ci-dessous.

Nous sommes à votre disposition pour faire le point sur votre situation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

PRENON NOM
DIRECTEUR DE L'ORGANISME

✂-----
Mise en demeure - Coupon paiement

A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT PAR CHEQUE ET A RETOURNER A :

NOM AGENT COMPTABLE - NOM ORGANISME – ADRESSE

Nom : NOM

Prénom : PRENOM

Complémentaire Santé : MONTANT euros à régler

NOM AGENT
ADRESSE
CP VILLE

ORGANISME

ADRESSE

CP VILLE

Service Gestionnaire

Dossier suivi par :

Tél. :

N° agent :

Lettre recommandée AR

LIEU, DATE

Objet : Dernière relance avant mise en demeure

Madame, Monsieur,

Sauf erreur de notre part, vous n'avez pas donné suite à notre précédente relance en date du **DATE** qui concernait le paiement de vos cotisations relatives à la complémentaire santé d'un montant de **MONTANT** euros.

Afin de régulariser votre situation, nous vous invitons à nous adresser avant le **DATE D'EDITION+15 JOURS** un chèque d'un montant de **MONTANT** euros à l'ordre de **AGENT COMPTABLE DE L'ORGANISME** accompagné du coupon ci-dessous.

Nous vous rappelons que le non paiement de vos cotisations personnelles, vous expose à une suspension de vos garanties.

Nous sommes à votre disposition pour faire le point sur votre situation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

PRENOM NOM
DIRECTEUR DE L'ORGANISME

✂-----
Mise en demeure - Coupon paiement

A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT PAR CHEQUE ET A RETOURNER A :

NOM AGENT COMPTABLE - NOM ORGANISME – ADRESSE

Nom : **NOM**

Prénom : **PRENOM**

Complémentaire Santé : **MONTANT** euros à régler

NOM AGENT
ADRESSE
CP VILLE

ORGANISME

ADRESSE

CP VILLE

Service Gestionnaire

Dossier suivi par :

Tél. :

N° agent :

Lettre recommandée AR

LIEU, DATE

Objet : Mise en demeure

Madame, Monsieur,

Suite à nos lettres de relance du DATE et DATE, nous constatons malheureusement que vous n'avez pas payé les cotisations relatives à la complémentaire santé. Vous nous êtes donc redevable de la somme de MONTANT euros de cotisations.

C'est pourquoi, nous vous mettons en demeure de nous verser cette somme avant le DATE D'EDITION + 15 JOURS par chèque à l'ordre de AGENT COMPTABLE DE L'ORGANISME accompagné du coupon ci-dessous.

Passée cette date votre dossier sera remis au service contentieux.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

PRENON NOM
DIRECTEUR DE L'ORGANISME

✂-----
Mise en demeure - Coupon paiement

A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT PAR CHEQUE ET A RETOURNER A :

NOM AGENT COMPTABLE - NOM ORGANISME – ADRESSE

Nom : NOM

Prénom : PRENOM

Complémentaire Santé : MONTANT euros à régler