

Prénom nom
Adresse
Code postal / Ville
N° Téléphone

Établissement bancaire
Numéro et rue
Code postal Ville

Fait à (Ville), le (date)

Objet : demande d'augmentation du découvert autorisé
Numéro de compte : (précisez)

Madame / Monsieur (nom de votre chargé de clientèle),

Titulaire du compte n° (précisez), je me permets de vous contacter pour solliciter une augmentation exceptionnelle de mon découvert autorisé.

En effet, je dois faire face à des frais médicaux imprévus et urgents, puisque (expliquez brièvement votre situation médicale et le coût du traitement ou de l'intervention que vous devez subir). Le coût de ces soins dépasse largement mes capacités financières actuelles.

Ainsi, mon découvert autorisé étant de (montant actuel) €, je souhaiterais qu'il soit porté à (nouveau montant) € de manière exceptionnelle. Mes revenus mensuels réguliers de (montant) euros, versés par mon entreprise, me permettront de régulariser cette situation sous (nombre) mois.

Pour appuyer ma demande, je joins à ce courrier le devis / la facture des soins nécessaires.

Je reste à votre disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire ou pour discuter des termes de cette augmentation temporaire de découvert.

En vous remerciant par avance pour l'attention portée à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame / Monsieur (nom de votre chargé de clientèle), l'expression de mes salutations distinguées.

Signature