

| |
|-------------------|
| Expéditeur: |
| Adresse: |
| |
| |
| Contrat n°: |

Fait à le

Destinataire :.....

Adresse :.....

.....

.....

LETRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RECEPTION

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer que, par la présente lettre recommandée, j'entends faire cesser les effets de mon contrat d'assurance santé dont les références sont portées ci-dessus :

- A L'ECHEANCE ANNUELLE (préavis de deux mois), soit le/...../.....
 - Conformément aux Conditions Générales et particulières du contrat
- EN APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.113-15-1 DU CODE DES ASSURANCES (LOI CHATEL) à compter du/...../..... suite à l'absence d'information relative à la date limite d'exercice par l'assuré du droit à renonciation du contrat selon les dispositions du premier alinéa de l'article mentionné
- EN APPLICATION DES DISPOSITIONS DU CODE DES ASSURANCES (LOI CHATEL) sur le droit à résiliation du contrat dans un délai de 20 jours suivant la réception de l'avis d'échéance de la période de résiliation
- DANS UN DELAI D'UN MOIS, à compter de la présente notification EN APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.113-16 DU CODE DES ASSURANCES, pour le motif suivant :
 - Changement de domicile*
 - Changement de régime matrimonial*
 - Changement de situation matrimoniale*
 - Retraite professionnelle*
 - Cessation définitive d'activités professionnelles*
 - Changement de profession*

**justificatif joint au courrier*

- A effet du//...../ pour modification contractuelle hors délai de prévenance
- A effet du...../..... /...../ pour souscription d'un contrat obligatoire de mon employeur (attestation d'assurance de l'employeur jointe au courrier).

Je vous remercie de m'adresser confirmation de la résiliation du contrat susmentionné.
 Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature