

Expéditeur :

Destinataire :

N° de contrat assurance complémentaire santé :

Souscripteur :

Madame, Monsieur,

Je soussigné, _____, ai l'honneur de vous informer par la présente lettre que j'entends faire cesser les effets du contrat d'assurance complémentaire santé dont les références sont indiquées ci-dessus, conformément au Code des assurances, à la Notice d'information et au certificat d'adhésion dudit contrat :

- ☐ **A la prochaine échéance anniversaire de mon contrat, soit le : __/__/__ à 24h.**
- ☐ **En application de l'article L.113-15-1 du Code des assurances (loi dite « Chatel »), soit le : __/__/__.**
- ☐ **En application de l'article L.113-15-2 du Code des assurances (résiliation infra-annuelle), à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de la présente notification, soit le : __/__/__ à 24h. La date de prise d'effet du nouveau contrat est le lendemain à 00 h 00.**
- ☐ **En application de l'article L.113-16 du Code des assurances, à l'expiration du délai d'un mois à compter de la réception de la présente notification, pour le motif suivant (rayez les mentions inutiles) :**
 - Changement de domicile.
 - Changement de situation ou de régime matrimonial.
 - Changement de profession.
 - Retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Par ailleurs, merci de bien vouloir d'une part rembourser le montant de la prime correspondant à la période pendant laquelle l'assurance n'a pas couru, et d'autre part suspendre les flux de télétransmission automatique à la date de résiliation du contrat cité en référence.

Vous remerciant d'accuser réception de cette résiliation, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Fait à :

Le __/__/__

Signature de l'adhérent :