

Expéditeur :

Destinataire :

N° de contrat assurance santé :

*LETTRE RECOMMANDÉE A/R*

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer par la présente lettre recommandée que j'entends faire cesser les effets du contrat d'assurance 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 annuelle de mon contrat, soit le .....**
- En application de l'article L.113-15-1 du Code des assurances (Loi dite « Chatel »), à compter du .....**
- En application de l'article L.113-16 du Code des assurances, à l'expiration du délai d'un mois à dater 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

Je vous remercie de m'adresser dans les plus brefs délais un certificat de radiation précisant les risques couverts et les personnes protégées.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de ma considération distinguée.

A

Le

Signature