

## RESILIATION COMPLEMENTAIRE SANTE

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (date de la poste).

**EXPEDITEUR :**

---

---

---

---

**Organisme destinataire**

---

---

---

Numéro de Contrat :

Numéro d'Adhérent :

### LETTRE RECOMMANDEE AVEC A.R

Monsieur le Directeur,

Je vous demande d'enregistrer la résiliation de mon contrat référencé ci-dessus ainsi que pour tous les ayants droit,

- A l'échéance de mon contrat soit pour le \_\_\_\_\_ conformément aux conditions générales et particulières du contrat et aux dispositions des articles L113-12 à L113-15 du Code des Assurances.
- A l'échéance de mon contrat soit pour le \_\_\_\_\_ conformément à la **loi CHATEL** n° 2005-67 du 28 janvier 2005 et à l'article L113-15-1 du code des assurances.
- Dans un délai d'un mois à dater de la présente, conformément aux dispositions de l'article L113-16 du Code des Assurances, pour le motif suivant :
  - Changement de domicile
  - Changement de situation ou de régime matrimonial
  - Changement de profession
  - Retraite ou cessation d'activité professionnelle

Veuillez recevoir, Monsieur le Directeur, mes sincères salutations.

Signature

**N.B :** Veuillez me faire parvenir un certificat de radiation.