

Demande de résiliation
(à adresser à votre complémentaire santé précédente)

URGENT

<i>Demandeur</i>
Nom _____
Adresse _____ _____ _____

<i>Destinataire</i>
Mutuelle OU complémentaire santé _____
Adresse du siège social _____ _____ _____

LETTRE RECOMMANDÉE AR

IMPORTANT : merci d'indiquer lisiblement les coordonnées
1 – du demandeur (souscripteur du contrat)
2 – du destinataire (mutuelle ou complémentaire santé actuelle)

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente lettre recommandée avec accusé de réception que je souhaite résilier mon contrat d'assurance référencé, pour la raison suivante (1) :

Echéance de mon contrat, le ... / ... / ...

Augmentation de votre tarif, hors indexation prévue au contrat. Sauf accord de votre part sur une résiliation anticipée au ... / ... / ..., cette résiliation prendra effet 30 jours après l'envoi de la présente, soit le ... / ... / ...

Application de l'article L113-16 du Code des Assurances (lors d'une modification de votre situation lorsque celle-ci a effet sur les risques garantis par votre contrat). La résiliation prendra effet un mois après la réception de la présente notification.

Application de l'article L.121-10 du Code des Assurances (décès de l'assuré). Cette résiliation prend effet dès la réception de la présente notification.

Application de l'article L.113-15-1 du Code des Assurances (Loi Châtel). Cette résiliation prendra effet à l'échéance principale du contrat.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Date et signature (2)

(1) Cocher les cases intéressées.

(2) La signature doit être précédée de la mention « Lu et approuvé » écrite de la main de l'adhérent