

Numéro de contrat :  
Catégorie Complémentaire Santé

A , le 200 ,

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer que par la présente lettre recommandée, j'entends faire cesser les effets du(des) contrat(s) d'assurances dont les références sont portées ci-dessus:

- 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 L113-15-1 du Code des Assurances.
- A l'expiration de la période en cours, soit, sauf erreur, pour le .....**
  - Conformément aux conditions tant générales que particulières du(des) contrat(s)
  - En application des dispositions de l'Article L113-12 du Code des Assurances
- Dans un délai d'un mois, à dater de la présente** notification en application des dispositions de l'Article L113-16 du Code des Assurances, pour le motif suivant:
  - Changement de domicile
  - Changement de régime matrimonial
  - Changement de situation matrimoniale
  - Changement de profession
  - Retraite professionnelle
  - Cessation d'activité professionnelle
- A dater de ce jour, conformément aux dispositions de l'Article L121-10 du Code des Assurances** étant devenu propriétaire des biens assurés par :
  - Achat
  - Succession
- Par suite de l'augmentation de votre tarif**, sauf avis contraire de notre part, cette résiliation prendra effet 30 jours après l'envoi de la présente lettre.

Veillez me faire parvenir, le cas échéant, un relevé d'informations.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature