

**Demande de résiliation**

**Lettre recommandée avec accusé de réception**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente lettre recommandée, de mon intention de résilier le(s) contrat(s) référencé(s) ci-dessous :

Contrat N° : .....

Contrat N° : .....

Contrat N° : .....

Dans un délai d'un mois à dater de la présente notification, après une adhésion d'au moins un an au précédent contrat. Selon la Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé (Résiliation infra-annuelle).

A l'expiration de la période en cours, sauf erreur le, ....., conformément aux dispositions tant générales que particulières dudit contrat, et en application des dispositions de l'article L.113.12 du Code des Assurances et/ou L221.10 du code de la Mutualité

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 et/ou de l'Article L221.17 du code de la Mutualité, pour le motif suivant :

- Changement de domicile
- Changement de situation matrimoniale
- Changement de régime matrimonial
- Changement de profession
- Retraite professionnelle
- Cessation définitive d'activité professionnelle

A la suite de l'augmentation de ma cotisation (ou de ma franchise)

Selon la Loi Chatel

Cette résiliation prendra effet 30 jours après l'envoi de la présente, soit le .....  
Sauf avis contraire de votre part.

Veuillez agréer Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à ....., le .....

Signature

**RECOMMANDEE**

---

---

---

\_\_\_\_\_