

Demande de résiliation

EXPÉDITEUR

Nom et Prénom

Adresse

Code postal

Ville

NOM DE L'ASSUREUR OU DE LA MUTUELLE

Adresse

Code postal

Ville

NUMÉRO OU RÉFÉRENCE DU CONTRAT À RÉSI L I E R

Madame, Monsieur,

Je souhaite **résilier mon contrat d'assurance santé** référencé ci-dessus

A l'échéance annuelle

En application des dispositions de l'article L.113-15-1 du Code des assurances ou des articles L.221-10 et L.221-10-1 du Code de la mutualité (**Loi CHATEL**)

Pour changement de situation personnelle

A LA DATE DU

		20
jour	mois	année

Je vous prie de bien vouloir :

1 - ARRÊTER LA TÉLÉTRANSMISSION : mettre à jour vos fichiers pour arrêter à la date demandée, les règlements et décomptes par échanges informatiques avec ma caisse de Sécurité Sociale.

2 - ME FAIRE PARVENIR LE CERTIFICAT DE RADIATION.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

DATE

SIGNATURE(S)