Prénom Nom

Fait à ……. , le …/….

Nom de la Compagnie d’assurance

Adresse

Code postal

N° d’assuré : …………

N° de contrat : ………….

Adresse postale

Téléphone

Madame, Monsieur,

Par cette lettre, je vous informe de mon souhait de résilier mon contrat d’assurance santé collective N°… conformément aux dispositions prévues dans le cadre de la loi Chatel.

L’avis d’échéance que vous m’avez fait parvenir n’a en effet pas respecté le délai minimum prévu par cette loi. Ma demande intervenant dans un délai de 20 jours à compter de la réception du dit avis, j’entends résilier mon contrat d’assurance santé.

**OU**

Mon contrat arrive à échéance et je ne souhaite pas le poursuivre.

**OU**

Les termes du contrat ont changé, ils ne me conviennent plus, je suis dans mon droit de résilier votre couverture.

Cette résiliation est effective dès le lendemain de l’envoi de ce courrier **OU** à la fin du mois, soit le …/…/…

Je vous remercie par avance de bien vouloir prendre en charge ma demande et de me faire parvenir une attestation de résiliation, ainsi qu’un éventuel remboursement du trop-perçu au prorata.

Dans l'attente de votre retour, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, d’agréer l’expression de mes sincères salutations.

Cordialement,

Prénom Nom

Signature