

Expéditeur : M^{me} DENNER Audrey
Adresse : 63 Avenue de la
République
33650 S. LOUBES
Contrat N° : SA1611839
Type d'assurance : fatuelle

Fait à S. Loubes le 17/10/22

Destinataire : ACTIARD

Adresse Siège Social : 4 Rue Frédéric
Guillaume - RAIFFEISEN
67000 STRASBOURG

**LETTRE RECOMMANDEE
AVEC ACCUSE DE RECEPTION :**

1A17613305590

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer que par la présente lettre recommandée, j'entends faire cesser les effets de la Police d'Assurance dont les références sont portées ci-dessus :

- ☒ (1) **A L'ECHEANCE ANNUELLE**, soit le 01/01/2023
- conformément aux Conditions Générales et Particulières de la police
- en application des articles L. 113-12, L. 113-14, L. 113-15 du Code des Assurances
- ☐ (1) **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 L. 113-15-1 du Code des Assurances.
- ☐ (1) **EN APPLICATION DES DISPOSITIONS DU CODE DES ASSURANCES (LOI CHATEL)** sur le droit à renonciation du contrat dans un délai de 20 jours suivant la réception de l'avis d'échéance mentionnat
- ☐ (1) **LE POUR VENTE, DONATION, DESTRUCTION DE MON VEHICULE** (article L. 121-11 du Code des Assurances) (2)
- ☐ (1) **DANS UN DELAI D'UN MOIS**, à compter de la présente notification en application des dispositions de l'article L. 113-16 du code des Assurances, pour le motif suivant :
- ☐ changement de domicile (2)
 - ☐ changement de régime matrimonial (2)
 - ☐ changement de situation matrimoniale (2)
 - ☐ retraite professionnelle (2)
 - ☐ cessation définitive des activités professionnelles (2)
 - ☐ changement de profession (2)
- ☐ (1) A dater de ce jour, conformément aux dispositions de l'article L. 121-10 du Code des Assurances appliquées à ma qualité de propriétaire des biens assurés, résultant :
- ☐ d'un achat
 - ☐ d'une succession
- ☐ (1) **PAR SUITE DE L'AUGMENTATION DE VOTRE TARIF, DANS UN DELAI DE 30 JOURS** après l'envoi de la présente.

Je vous remercie de m'adresser dans les plus brefs délais un relevé d'informations.

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

- (1) Cocher les cases intéressées
(2) Joindre un justificatif

"lu et approuvé"

Cotisations du contrat SA 1611839 PLAN SANTE CHAUSSURES (DETAILLANTS) A DEUX PAS

Tarifs 2022

L'adhérent peut améliorer le niveau de garantie souscrit par son employeur en sélectionnant une option facultative supplémentaire.

Les options s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

Les cotisations s'appliquent par bénéficiaire et sont prélevées mensuellement d'avance sur le compte bancaire de l'adhérent.

Cotisations mensuelles facultatives 2022 - Salarié/Conjoint/Enfant

	Salarié	Conjoint	Enfant
Option 2	0,50% PMSS soit 17,14€	0,58% PMSS soit 19,88€	0,20% PMSS soit 9,04€

Montant du PMSS : 3428€