EXPÉDITEUR

Prénom, nom

Rue, n°

NPA, localité

Recommandé

Caisse maladie

Rue / case postale

NPA, localité

Résiliation de l'assurance maladie

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie / nous résilions les assurances suivantes auprès de votre société :

N° d'assuré	Nom, prénom	Assurance à résilier	Au (date)
		☐ Assurance de base (LAMal) ☐ Assurance complémentaire (LCA)	
		☐ Assurance de base (LAMal) ☐ Assurance complémentaire (LCA)	
		☐ Assurance de base (LAMal) ☐ Assurance complémentaire (LCA)	
		☐ Assurance de base (LAMal) ☐ Assurance complémentaire (LCA)	
		☐ Assurance de base (LAMal) ☐ Assurance complémentaire (LCA)	

Veuillez en prendre note et me / nous faire parvenir la confirmation de résiliation. Merci d'avance.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes / nos salutations distinguées.

Lieu et date

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

Merci de bien vouloir confirmer par écrit la réception de la présente résiliation.