

Expéditeur

---

---

---

---

---

---

**Recommandé**

Assureur actuel

---

---

---


---

## Résiliation de l'assurance-maladie

---

Madame, Monsieur,

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

N° d'assurance	Nom, prénom	Date de naiss.	<input checked="" type="checkbox"/> Assurance à résilier
			<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
			<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
			<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
			<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA

Je vous remercie d'en prendre bonne note et vous prie de délivrer une confirmation de résiliation.

Avec mes salutations distinguées.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

\_\_\_\_\_

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

