

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 naissance	☒ Assurance à résilier
.....			☐ Ass. de base selon la LAMal ☐ Ass. complémentaires selon la LCA
.....			☐ Ass. de base selon la LAMal ☐ Ass. complémentaires selon la LCA
.....			☐ Ass. de base selon la LAMal ☐ Ass. complémentaires selon la LCA
.....			☐ Ass. de base selon la LAMal ☐ Ass. complémentaires selon la LCA
.....			☐ Ass. de base selon la LAMal ☐ Ass. complémentaires selon la LCA
.....			☐ Ass. de base selon la LAMal ☐ Ass. complémentaires selon la LCA

La présente résiliation est fondée notamment sur les dispositions légales applicables, une échéance contractuelle ou une augmentation des primes. Si la date indiquée est inexacte, merci de résilier au plus tôt possible.
Je vous remercie d'en prendre bonne note et vous prie de délivrer une confirmation de résiliation.
Avec mes salutations distinguées.

Lieu, date, et signature
du preneur d'assurance :

Lieu, date, et signature
de toutes les personnes majeures mentionnées