

Expéditeur

Recommandé

Date:

Résiliation assurance-maladie

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je/nous résilie/résilions les contrats d'assurances cités en référence.

Assurance obligatoire des soins selon LAMal avec effet au :

Assurances complémentaires selon LCA avec effet au :

Nom

Prénom

Date de naissance

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 de l'assuré/e

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

L'attestation d'admission de notre nouvelle assurance vous sera remise dès que possible.