

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

Remarques :

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

\_\_\_\_\_  
Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

