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.	☒ 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

☐ Je change d'assurance en sein du groupe Helsana.
(Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA et Progrès Assurances SA.)

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 _____

✗

Attestation d'assurance à l'attention de l'assureur-maladie précédent

Conformément à l'art. 7, al. 5 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), nous confirmons l'admission de la/les personne/s susmentionnée(s) dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

à partir du: _____

Date/timbre _____ Function et signature 1 _____ Function et signature 2 _____

0820_Form_Kuendigungsformular_fr