

Indiquez vos coordonnées:

Date

RECOMMANDÉ

Résiliation

Madame, Monsieur

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins et les couvertures suivantes de l'assurance complémentaires facultative avec effet aux dates indiquées ci-dessous.

N° d'assuré	Nom, prénom	Date de naissance	Assurance de base Résiliation au	Assurance complémentaire Indemnité journalière LaMal/LCA Résiliation au

Signature de l'assuré ou du représentant legal

Signature conjoint

Signatures des enfants adultes

Merci pour l'exécution de la commande. S'il vous plaît me fournir une confirmation.

Meilleures salutations
