

Expéditeur:

.....  
.....  
.....  
.....

Recommandé

.....  
.....  
.....  
.....

## Résiliation caisse maladie

---

Mesdames, Messieurs

Par la présente je résilie / nous résilions les assurances suivantes auprès de votre compagnie d'assurance avec effet au : \_\_\_\_\_

N° d'assurance	Nom, Prénom	Date de naissance	Assurance à résilier
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Assurance de base selon LAMal <input type="checkbox"/> _____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Assurance de base selon LAMal <input type="checkbox"/> _____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Assurance de base selon LAMal <input type="checkbox"/> _____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Assurance de base selon LAMal <input type="checkbox"/> _____

Nous vous remercions d'avance pour la prise de connaissance et l'envoi d'une confirmation de résiliation.

Meilleures salutations

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

\_\_\_\_\_

Signature de toutes les personnes majeures susnommées

\_\_\_\_\_

---

La confirmation d'assurance du nouvel assureur vous parviendra dès que possible.