

Indiquez vos coordonnées: N°

d'assuré

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie:

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

Résiliation de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base)

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre Dès le 1er janvier , je serai assuré(e) auprès d'un autre assureur-maladie selon la LAMal.

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m'envoyer une confirmation écrite.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Prénom, nom

Signature
