					Recommandé	į
					Assureur actuel	
	Résiliation	de l'assu	rance-mala	ıdie		
ı						
	Mesdames, Messi	eurs,				
)	Par la présente, je	résilie/nous rési	lions les assurance	s suivantes aupr	ès de votre so	ciété au:
	N° d'assurance	Nom, prénom		<u> </u>	Date de naiss.	X Assurance à résilier
						Ass. de base selon la LAMal
)						
)						Ass. complémentaires selon la LC/
						Ass. complémentaires selon la LCA
						Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal
						Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal
		la date mentioné				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 I Ass. complémentaires selon la LCA I iliation. Si la résiliation ne peut
	être acceptée pour	la date mentioné		automatiquement		Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ I Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/
	être acceptée pour Avec mes salutation	la date mentioné	e ci-dessus, elle est	automatiquement		Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ I Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/
	être acceptée pour Avec mes salutation	la date mentioné	e ci-dessus, elle est	automatiquement eur d'assurance	valable pour la	Ass. complémentaires selon la LC/
	être acceptée pour Avec mes salutation	la date mentioné	e ci-dessus, elle est	automatiquement	valable pour la	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 illiation. Si la résiliation ne peut prochaine date de résiliation.
	être acceptée pour Avec mes salutation	la date mentioné	e ci-dessus, elle est	automatiquement eur d'assurance	valable pour la	Ass. complémentaires selon la LC/
	être acceptée pour Avec mes salutatior Lieu et date	la date mentioné	e ci-dessus, elle est	automatiquement eur d'assurance es les presonnes ma	valable pour la	Ass. complémentaires selon la LC/
	être acceptée pour Avec mes salutation Lieu et date Attestation d'asse Conformément à l'	la date mentionéens distinguées. urance à l'attentart. 7, al. 5 de la	Signature du pren Signature de toute	eur d'assurance es les presonnes ma -maladie précéce-maladie (LAMa	valable pour la	Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ ass. complémentaires selon la LC/ Ass. complémentaires selon la LC/ illiation. Si la résiliation ne peut prochaine date de résiliation.
	être acceptée pour Avec mes salutation Lieu et date Attestation d'asse Conformément à l'	la date mentionéens distinguées. urance à l'attentart. 7, al. 5 de la	Signature du pren Signature de toute tion de l'assureur Loi sur l'assurance	eur d'assurance es les presonnes ma -maladie précéce-maladie (LAMa	valable pour la	Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC/ ass. complémentaires selon la LC/ Ass. complémentaires selon la LC/ illiation. Si la résiliation ne peut prochaine date de résiliation.
	être acceptée pour Avec mes salutation Lieu et date Attestation d'asse Conformément à l' susmentionnée(s)	la date mentionéens distinguées. urance à l'attentart. 7, al. 5 de la	Signature du pren Signature de toute tion de l'assureur Loi sur l'assurance	eur d'assurance es les presonnes ma -maladie précéc e-maladie (LAMa ins (AOS)	valable pour la	Ass. complémentaires selon la LC Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC Ass. de base selon la LAMal Ass. complémentaires selon la LC illiation. Si la résiliation ne peut prochaine date de résiliation.