

Expéditeur

Recommandé

Assureur actuel

Résiliation de l'assurance-maladie

Mesdames, Messieurs,

✍ Par la présente, je résilie/nous résilions les assurances suivantes auprès de votre société au: _____

N° d'assurance	Nom, prénom	Date de naiss.	<input checked="" type="checkbox"/> Assurance à résilier
✍ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA

Je vous remercie d'en prendre bonne note et vous prie de délivrer une confirmation de résiliation. Si la résiliation ne peut être acceptée pour la date mentionnée ci-dessus, elle est automatiquement valable pour la prochaine date de résiliation.

Avec mes salutations distinguées.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

X

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

X

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: _____

Visa du supérieur

Timbre, date, visa du collaborateur
