

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

Recommandé (R)

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

.....
Lieu / date

Résiliation de la police n° _____

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je/nous résilie/résilions l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal au _____ ainsi que les assurances complémentaires selon la LCA au _____ pour la (les) personne(s) mentionnée(s) ci-dessous et vous prie de m'en donner confirmation:

N° d'assuré/e	Nom	Prénom	Date de naiss.	Signature	LAMal/LCA
.....	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
.....	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
.....	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
.....	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA
.....	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> LCA

Je/Nous vous remercie/remercions de me/nous faire parvenir prochainement la confirmation de résiliation.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, mes/nos meilleures salutations.

Attestation d'assurance (sera remplie par Galenos)

Selon l'art. 7 al. 5 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), nous vous confirmons par la présente l'admission de la/des personne(s) susmentionnée(s) dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal au _____ .

.....
Lieu/date

.....
Timbre / Signature