

Résiliation

Nom et adresse de l'expéditeur :

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

Nom et adresse de l'assureur

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

Recommandée

Date et lieu :

Résiliation pour l'assurance de base

Référence / n° d'assuré :

Mesdames, Messieurs,

Je vous informe que je résilie ma couverture d'assurance obligatoire des soins selon la LAMal avec effet au 31 décembre 2008.

En vous remerciant d'avance pour l'exécution de cette demande de résiliation et en vous priant de m'envoyer une confirmation, je vous adresse, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées.

Signature :