LETTRE DE RÉSILIATION

Indiquez vos coordonnées

Nom, prénom :

Rue, n° :

NPA, lieu de domicile :

RECOMMANDÉ

Nom de l'assureur-maladie :

Rue, n° :

NPA, lieu :

Résiliation pour l'assurance de base

Nom, prénom :

Date de naissance :

Mesdames, Messieurs,

Je vous informe par la présente que je résilie ma couverture d'assurance obligatoire des soins selon la LAMal avec effet au 31 décembre 2026.

Dès le 1er janvier 2027, je serai assuré·e auprès d'un autre assureur-maladie selon la LAMal.

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.

Lieu et date :

Signature: