

Indiquez vos coordonnées:

N° d'assuré

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie:

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

Résiliation de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base)

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre 2011.
Dès le 1er janvier 2012, je serai assuré(e) auprès d'un autre assureur-maladie selon la LAMal.

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m'envoyer une confirmation écrite.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Prénom, nom

Signature
