

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

Recommandé (R)

.....
.....
.....
.....
.....
Lieu, Date

Résiliation

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je/nous résilie/résilions l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal au ainsi que l'/les assurances complémentaires selon la LCA au pour la/les personne/personnes mentionnée/mentionnées ci-dessous et vous prie de m'/nous 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

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