

Recommandé (R) Retour non recommandé

Lieu / date

Résiliation

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie / nous résilions, pour la / les personne / s mentionnée / s ci-après, l'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal au _____ ainsi que les assurances complémentaires selon la LCA au _____ ou à la prochaine date possible.

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

Je vous remercie / Nous vous remercions de me / nous faire parvenir votre confirmation de résiliation et vous prie / prions de renoncer à toute tentative de réacquisition.

Meilleures salutations,

Attestation d'assurance Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Galenos SA

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

au _____. La présente attestation vaut uniquement dans le cas où la personne assurée a / les personnes assurées ont payé l'intégralité des primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuites. Nous vous prions de procéder en conséquence à la sortie de votre assurance-maladie.

Lieu / date

Timbre / Signature 1

Signature 2