

**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
					LAMal LCA
					LAMal LCA
					LAMal LCA
					LAMal LCA
					LAMal 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,