

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

Date :

RECOMMANDE

Adresse de votre assureur-maladie actuel

N° d'assuré :

Concerne : résiliation de mon assurance-maladie de base au 31.12._____

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous communique la résiliation, au 31.12._____, de mon assurance obligatoire des soins (LAMal).

Mon nouvel assureur prendra contact avec vous dans les meilleurs délais et, afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans ma couverture d'assurance-maladie, mon sociétariat dans la nouvelle caisse sera effectif dès le 1^{er} janvier _____.

Je vous remercie de prendre note de ma démission et reste dans l'attente de votre confirmation. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Signature