

Expéditeur

---

---

---

---

Lettre-signature

---

---

---

## Résiliation assurance-maladie

---

Mesdames, Messieurs,

par la présente, je/nous résilie/résilions les assurances suivantes auprès de votre société au : \_\_\_\_\_

No d'assuré/e.	Nom, prénom	Date de naiss.	<input checked="" type="checkbox"/> Assurance à résilier
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. De base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. Complémentaires selon la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. De base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. Complémentaires selon la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. De base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. Complémentaires selon la LCA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ass. De base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. Complémentaires selon la LCA

Je vous remercie d'en prendre bonne note et vous prie de délivrer une confirmation de résiliation. Dans le cas, la résiliation ne pourrait être acceptée pour la date mentionnée ci-dessus, elle est automatiquement valable pour la prochaine date possible.

Avec mes salutations distinguées.

Lieu et date

Signature de l'assuré/e

\_\_\_\_\_

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

---

### Certificat d'assurance à l'attention de l'assurance maladie précédente

Selon l'article 7, paragraphe 5 de la Loi sur l'assurance santé de la LAMal, nous confirmons l'admission de la/les personne/s ci-dessus mentionnée (s) dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

à partir du: \_\_\_\_\_

Signature Responsable

Cachet, Date, Signature Collaborateur/trice