

[Votre nom]
[Votre adresse]
[NPA localité]

Lettre recommandée

[Nom de votre caisse maladie]
[Adresse]
[Év. case postale]
[NPA et localité]

[Lieu, date]

Résiliation de l'assurance complémentaire facultative

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie les couvertures d'assurance de l'assurance complémentaire facultative mentionnée ci-dessous.

| Nom de l'assurance complémentaire | Résiliation avec effet le |
|--|---|
| [Votre assurance complémentaire] | [Votre date souhaitée de résiliation] |
| [Votre assurance complémentaire] | [Votre date souhaitée de résiliation] |
| [Votre assurance complémentaire] | [Votre date souhaitée de résiliation] |

Je vous remercie de bien vouloir me confirmer par écrit la prise en compte de ma demande.
Merci.

Meilleures salutations,

[Votre nom]

