

Expéditeur

Prénom + nom

Rue + numéro

NPA + localité

Adresse de la caisse maladie

Nom de votre caisse maladie

Rue + numéro

Case postale (le cas échéant)

NPA + localité

Résiliation de l'assurance complémentaire facultative

Bonjour,

Par la présente, je résilie les couvertures d'assurance de l'assurance complémentaire facultative mentionnée ci-dessous pour les personnes indiquées à compter du date .

Nom de la personne	Nom de l'assurance complémentaire	Numéro de police
Prénom + nom	Assurance complémentaire	Numéro de police
Prénom + nom	Assurance complémentaire	Numéro de police
Prénom + nom	Assurance complémentaire	Numéro de police
Prénom + nom	Assurance complémentaire	Numéro de police
Prénom + nom	Assurance complémentaire	Numéro de police
Prénom + nom	Assurance complémentaire	Numéro de police
Prénom + nom	Assurance complémentaire	Numéro de police
Prénom + nom	Assurance complémentaire	Numéro de police

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

Merci et meilleures salutations,

Prénom + nom

Lieu, date

Signature