

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 maladie obligatoire

Bonjour,

Par la présente, je résilie l'assurance de base pour les personnes suivantes au 31/12/ année .

Prénom + nom	Numéro d'assuré
Bénéficiaire 1	Numéro d'assuré du bénéficiaire 1
Bénéficiaire 2	Numéro d'assuré du bénéficiaire 2
Bénéficiaire 3	Numéro d'assuré du bénéficiaire 3
Bénéficiaire 4	Numéro d'assuré du bénéficiaire 4

À partir du 01/01/ année , nous serons assuré·e·s auprès d'un autre assureur maladie. 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