# [Votre nom]

[Votre rue]

[Votre NPA] [Votre localité]

# **Lettre recommandée**

# [Votre assurance maladie actuelle]

[Rue]

[NPA] [Localité]

[Lieu, date]

## Suspension de ma couverture d’assurance

Madame, Monsieur,

Par la présente, je sollicite la suspension de mon assurance de base pour cause de [service militaire / service civil / protection civile].

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numéro d’assuré·e** | **Du :** | **Au :** |
|  |  |  |

Veuillez trouver ci-joint une copie de mon [livret de service / questionnaire APG].

En vous remerciant d’avance, je vous prie d’agréer mes salutations les meilleures.

 (Signature)

[Prénom] [Nom]