

---

---

---

---

**RECOMMANDE**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Résiliation de l'assurance obligatoire des soins (LAMal)**

<b>Police n°</b>	<b>Nom, Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Madame, Monsieur,

En application de la législation en vigueur, vous voudrez bien résilier l'assurance obligatoire des soins (LAMal) de la/des personne(s) susnommée(s) avec effet au \_\_\_\_\_.

L'/Les attestation(s) d'assurance du nouvel assureur vous parviendra/ont en temps voulu.

Dans l'attente de votre confirmation, nous vous présentons nos meilleures salutations.

\_\_\_\_\_  
Signature(s)\*

*\*Signature de chaque personne majeure concernée ou du représentant légal*