

Expéditeur

---

---

---

---

Lettre-signature

---

---

---

## Résiliation assurance-maladie

---

Mesdames, Messieurs,

par la présente, je/nous résilie/résilions les assurances suivantes auprès de votre société au : \_\_\_\_\_

| No d'assuré/e. | Nom, prénom | Date de naiss. | <input checked="" type="checkbox"/> Assurance à résilier   |
|----------------|-------------|----------------|--|
| _____          | _____       | _____          | <input type="checkbox"/> Ass. De base selon la LAMal<br><input type="checkbox"/> Ass. Complémentaires selon la LCA |
| _____          | _____       | _____          | <input type="checkbox"/> Ass. De base selon la LAMal<br><input type="checkbox"/> Ass. Complémentaires selon la LCA |
| _____          | _____       | _____          | <input type="checkbox"/> Ass. De base selon la LAMal<br><input type="checkbox"/> Ass. Complémentaires selon la LCA |
| _____          | _____       | _____          | <input type="checkbox"/> Ass. De base selon la LAMal<br><input type="checkbox"/> Ass. Complémentaires selon la LCA |

Je vous remercie d'en prendre bonne note et vous prie de délivrer une confirmation de résiliation. Dans le cas, la résiliation ne pourrait être acceptée pour la date mentionnée ci-dessus, elle est automatiquement valable pour la prochaine date possible.

Avec mes salutations distinguées.

Lieu et date

Signature de l'assuré/e

\_\_\_\_\_

Signature de toutes les personnes majeures mentionnées

---

### Certificat d'assurance à l'attention de l'assurance maladie précédente

Selon l'article 7, paragraphe 5 de la Loi sur l'assurance santé de la LAMal, nous confirmons l'admission de la/les personne/s ci-dessus mentionnée (s) dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

à partir du: \_\_\_\_\_

Signature Responsable

Cachet, Date, Signature Collaborateur/trice