

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date :

**RECOMMANDE**

Adresse de votre assureur-maladie actuel

**N° d'assuré :** .....

**Concerne** : résiliation de mon assurance-maladie de base au 31.12.\_\_\_\_\_

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous communique la résiliation, au 31.12.\_\_\_\_\_, de mon assurance obligatoire des soins (LAMal).

Mon nouvel assureur prendra contact avec vous dans les meilleurs délais et, afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans ma couverture d'assurance-maladie, mon sociétariat dans la nouvelle caisse sera effectif dès le 1<sup>er</sup> janvier \_\_\_\_\_.

Je vous remercie de prendre note de ma démission et reste dans l'attente de votre confirmation. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

*Signature*