

Nom  
Prénom  
Adresse  
NPA / Lieu

**RECOMMANDE**

Adresse de votre assureur-maladie actuel

Lieu et date :

**N° d'assuré :** .....

**Concerne** : résiliation de mon assurance-maladie de base LAMal

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre

Mon nouvel assureur prendra contact avec vous dans les meilleurs délais (article 7, alinéa 5 LAMal), 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 ce qui précède et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

*Signature*