

Expéditeur

Recommandé

Adresse de la caisse maladie

Résiliation de l'assurance complémentaire facultative

Madame, Monsieur

Par la présente, je résilie les couvertures d'assurance mentionnées ci-dessous de mon assurance complémentaire facultative.

Nom de l'assurance complémentaire	Résiliation au

Je vous prie de me confirmer la résiliation par écrit. Avec mes remerciements.

Meilleures salutations

Signature