

Expéditeur

Adresse de la caisse maladie

Résiliation de l'assurance obligatoire des soins (LAMal)

Madame, Monsieur

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins (LAMal) pour le .

À compter du , je serai assuré(e) auprès d'un nouvel assureur-maladie selon la LAMal. Je vous prie de bien vouloir me confirmer la résiliation par écrit.

Meilleures salutations

Signature