

Expéditeur

Recommandé

Adresse de la caisse maladie

Suspension de l'assurance

Madame, Monsieur

Je demande la suspension de mon assurance de base en raison de :

Numéro d'assuré(e)	Date du	Date au

Vous trouverez ci-joint la copie :

Avec mes remerciements et meilleures salutations

Signature