

---

---

---

---

### Recommandée

---

---

---

---

---

Date du sceau postal

### Résiliation de l'assurance-maladie

Mesdames, Messieurs,

Je souhaite/Nous souhaitons résilier les couvertures d'assurance énumérées ci-après

Nom/Prénom/Date de naissance	Assurances selon la <b>LAMal</b>	Résiliation au	Assurances selon la <b>LCA</b>	Résiliation au
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

conformément au délai de résiliation ordinaire ou extraordinaire ou à la suite de la modification des primes et/ou du changement de classe d'âge. Au cas où les assurances selon la LCA ne seraient pas résiliables à la date mentionnée, le prochain terme de résiliation possible s'applique.

La présente décision a été prise après mûre réflexion et elle est donc ferme et définitive. Par conséquent, veuillez renoncer à toute tentative visant à infléchir cette décision.

Ayez l'obligeance de me/nous faire parvenir la confirmation de sortie. Par la présente, je souhaite/nous souhaitons vous remercier de la protection d'assurance garantie jusqu'à présent.

Meilleures salutations

---

Signature  
(de toutes les personnes âgées de 18 ans révolus)