

**Indiquez vos coordonnées :**

Numéro d'assuré

Nom

Prénom

Rue, numéro

Numéro postal, lieu de domicile

**Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :**

Nom de l'assurance-maladie

Rue, numéro

Numéro postal, lieu

Lieu et date

**Résiliation de l'assurance obligatoire des soins  
(Assurance de base)**

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre 2025. Dès le 1er janvier 2026 je serai assuré(e) auprès d'un autre assureur-maladie selon la LAMal.

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m'envoyer une confirmation écrite.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Nom, Prénom

Signature

**Note :**

Il est préconisé d'envoyer cette lettre par courrier recommandé