

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 2024. Dès le 1er janvier 2025 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