



Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Adresse _____
NPA _____
Localité _____

RECOMMANDÉ 

Démission pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous prie de prendre bonne note de ma démission pour le 31 décembre _____.

J'ai choisi un autre assureur LAMal auquel il appartient de vous confirmer mon affiliation conformément à l'article 7, al. 5 LAMal.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Lieu et date :

Signature :
