



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 :

\_\_\_\_\_