
Recommandé (R) Retour non recommandé

Lieu / date

Résiliation

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie/nous résilions, pour la/les personne/s mentionnée/s ci-après, l'assurance-maladie obligatoire selon la LAMal au _____ ainsi que les assurances complémentaires selon la LCA au _____ ou à la prochaine date possible.

N° d'assuré/e	Nom	Prénom	Date de naiss.	Signature	LAMal/LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LAMal
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LMAal
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LMAal
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LCA
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LMAal
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> LCA

Je vous remercie/Nous vous remercions de me/nous faire parvenir votre confirmation de résiliation et vous prie/prions de renoncer à toute tentative de réacquisition.

Avec nos meilleures salutations,

Attestation d'assurance Visana AG sana24 AG vivacare AG Galenos AG

Selon l'art. 7 al. 5 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), nous vous confirmons par la présente l'admission de la personne susmentionnée/des personnes susmentionnées dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal au _____. La présente attestation vaut uniquement dans le cas où la personne assurée a/les personnes assurées ont payé l'intégralité des primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuites. Nous vous prions de procéder en conséquence à la sortie de votre assurance-maladie.

Lieu / date

Timbre / Signature 1

Signature 2