

Nom
Prénom
Date de naissance
Rue et numéro
Code postal et ville

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.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Lieu et date :

.....

Signature :

.....