

Vos coordonnées

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

Date :

RECOMMANDE

Adresse de votre assureur-maladie actuel

N° d'assuré :

Concerne : résiliation de mon assurance-maladie de base au 31.12.

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre .

Mon nouvel assureur prendra contact avec vous dans les meilleurs délais et, afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans ma couverture d'assurance-maladie, mon sociétariat dans la nouvelle caisse sera effectif dès le 1^{er} janvier .

Je vous remercie de prendre note de ma démission et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Signature