

.....
.....
.....
.....
.....

Recommandée - R

.....
.....
.....
.....

.....
Lieu et date

Résiliation

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je résilie mon assurance de base selon la **LAMal** au

N° d'assuré/e	Nom	Prénom	Date de naissance

Je vous remercie de me faire parvenir prochainement la confirmation de résiliation.

Veuillez agréer, mesdames, messieurs, mes meilleures salutations.

.....
Signature

Attestation d'assurance

Selon l'art.7 al. 5 de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), nous vous confirmons par la présente l'admission de la/les personne/s susmentionnée/s dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal au

.....
Lieu et date

.....
Timbre/Signature