

Lettre recommandée

Objet : Résiliation de l'assurance maladie

Madame, Monsieur,

N° d'assurance	NOM Prénom	Date de naissance	<input checked="" type="checkbox"/> Assurance à résilier
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> Ass. de base selon la LAMal <input type="checkbox"/> Ass. complémentaires selon la LCA

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

Signature de chaque personne majeure mentionnée