

[Votre nom - Votre prénom]
[Votre adresse]
[Votre code postal et ville]
[Votre n° d'assuré]

RECOMMANDÉ

[Nom de la société d'assurance]
[Adresse]
[NPA et lieu]

[Lieu, date]

Concerne : résiliation de l'assurance obligatoire des soins police n°[n° de police]

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe de la résiliation au 31.12.[année en cours] de mon assurance obligatoire des soins (police n°[n° de police]).

Mon nouvel assureur prendra contact avec vous et vous fera parvenir une attestation d'assurance selon les dispositions légales en vigueur.

Je vous remercie de bien prendre note de ma résiliation et reste dans l'attente de votre confirmation

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les plus distinguées.

[votre nom et signature]