Prénom Nom

Adresse

NPA Ville

Téléphone

e-mail Recommandé

 Titre ou Agence

 Prénom Nom ou Service

 Adresse

 NPA Ville

 Lieu, le date jj mois aaaa

**Demande de résiliation de l’assurance obligatoire des soins**

Civilité,

Par la présente, je vous demande de bien vouloir mettre un terme à mon contrat d’assurance obligatoire des soins, police no numéro de police pour le 31 décembre prochain.

Dès le mois de janvier, je serai Choisissez un élément. auprès d’une autre caisse maladie, conformément aux exigences de la LAMal.

Vous voudrez bien me signifier, par retour de courrier, la bonne prise en compte de cette résiliation pour la date indiquée.

Dans l’attente de votre confirmation, je vous prie d’agréer, Civilité, mes salutations les meilleures.

 Prénom Nom (+ signature manuscrite)