

**Expéditeur**

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

**Recommandée - R**

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

.....  
Lieu et date

**Résiliation**

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je/nous résilie/résilions l'assurance obligatoire des soins selon la **LAMal** au ..... pour la/les personnes/s mentionnée/s ci-dessous et vous prie/prions de m'/nous en donner confirmation :

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

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

Veuillez agréer, mesdames, messieurs, mes/nos 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