

**Indiquez vos coordonnées :**

Numéro d'assuré

---

Nom

---

Prénom

---

Rue, numéro

---

Numéro postal, lieu de domicile

---

**Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :**

Nom de l'assurance-maladie

---

Rue, numéro

---

Numéro postal, lieu

---

Lieu et date

---

**Résiliation de l'assurance obligatoire des soins  
(Assurance de base)**

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre 2023. Dès le 1er janvier 2024, je serai assuré(e) auprès d'un autre assureur-maladie selon la LAMal.

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m'envoyer une confirmation écrite.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Nom, Prénom

---

Signature

---

**Note :**

Il est préconisé d'envoyer cette lettre par courrier recommandé.