**RECOMMANDE**

 , le

**Résiliation de l’assurance obligatoire des soins (LAMal)**

**Police n° Nom, Prénom Date de naissance**

Madame, Monsieur,

En application de la législation en vigueur, vous voudrez bien résilier l’assurance obligatoire des soins (LAMal) de la/des personne(s) susnommée(s) avec effet au .

L’/Les attestation(s) d’assurance du nouvel assureur vous parviendra/ont en temps voulu.

Dans l’attente de votre confirmation, nous vous présentons nos meilleures salutations.

 Signature(s)\*

*\*Signature de chaque personne majeure concernée ou du représentant légal*