

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

**Recommandé (R)**

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

....., .....

**Résiliation de l'assurance obligatoire des soins de**

*Prénom, nom*

Date de naissance : *jj.mm.aaaa*

*Police n°:*

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

Mesdames, Messieurs,

En application de la législation en vigueur, vous voudrez bien résilier l'assurance obligatoire des soins de la personne susnommée au prochain délai légal.

L'attestation d'assurance du nouvel assureur vous parviendra en temps opportun.

Dans l'attente de votre confirmation écrite, je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées.

.....