Veuillez indiquer le nom de votre assurance actuelle

Veuillez indiquer le nom de votre assurance actuelle

Veuillez indiquer le nom de votre assurance actuelle

Veuillez indiquer le nom de votre assurance actuelle

mercredi, 13 septembre 2017

**Lettre d’annulation**

Chère compagnie d’assurances santé,

Par la présente, je souhaite vous faire part de ma decision de mettre un terme à mon assurance de base (KVG/LaMal) dont je bénéficie auprès de vous actuellement.

Vous trouverez ci-dessous les détails de la police actuelle que je souhaite annuler à compter du Veuillez indiquer la date :

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro d’assurance : | Veuillez indiquer votre numéro d'assurance actuelle |
| Prénom : | Veuillez indiquer votre prénom |
| Nom : | Veuillez indiquer votre nom |
| Date de naissance : | Veuillez indiquer votre date de naissance |
| Type d’assurance santé à annuler : | [ ]  Assurance de base (KVG/LaMal) |
| Remarques : | Veuillez entrer vos remarques ou laisser le champ vide |
| Signature de la personne assurée (ou du représentant légal de la personne assurée) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Je vous saurais gré de bien vouloir me faire parvenir la confirmation de l’annulation à l’adresse indiquée ci-dessous. Pour toutes informations complementaires concernant cette annulation, n’hésitez pas à me contacter par téléphone au numéro indiqué ci-dessous.

**Addresse :**

Veuillez indiquer votre nom complet

Veuillez indiquer votre adresse

Veuillez indiquer votre adresse

Veuillez indiquer votre adresse

***Téléphone :*** *Veuillez indiquer votre numéro de téléphone*

Je vous remercie pour la couverture d’assurance que vous m’avez fournie jusqu’à maintenant.

Veuillez recevoir, Madame/Monsieur, mes salutations disinguées,

Veuillez indiquer votre nom complet