

Expéditeur

Courrier A Plus

Assureur actuel

Lieu/date: _____

Résiliation

Madame, Monsieur,

Nous vous faisons parvenir la résiliation des assurances suivantes:

Prénom	Nom	Date de naissance	Assurance	Résiliation au*
			<input type="checkbox"/> Assurance de base LAMal <input type="checkbox"/> Assurances complémentaires LCA	
			<input type="checkbox"/> Assurance de base LAMal <input type="checkbox"/> Assurances complémentaires LCA	
			<input type="checkbox"/> Assurance de base LAMal <input type="checkbox"/> Assurances complémentaires LCA	
			<input type="checkbox"/> Assurance de base LAMal <input type="checkbox"/> Assurances complémentaires LCA	
			<input type="checkbox"/> Assurance de base LAMal <input type="checkbox"/> Assurances complémentaires LCA	

* ou à la prochaine date possible

Nous vous prions de bien vouloir nous confirmer la résiliation.

Cordiales salutations

Signatures de tous les membres de la famille (ou leur représentant légal) indiqués ci-dessus:

Confirmation de l'assurance-maladie mentionnée ci-dessus (remplie par ÖKK)

Conformément à l'art. 7 al. 5 de la loi sur l'assurance-maladie LAMal, nous confirmons par la présente l'admission de la personne/des personnes susmentionnée(s) dans l'assurance de base obligatoire avec effet au _____

Cette confirmation s'applique si la/les personne(s) assurée(s) a/ont payé intégralement les primes, les participations aux coûts, les intérêts moratoires et les frais de poursuite. Nous vous prions donc de procéder à la sortie de votre assurance-maladie.

Lieu/date: _____ ÖKK: _____

Interlocuteur ÖKK: _____ Signature: _____