Votre nom et prénom
la rue et le numéro de la maison
Code postal et ville

Numéro de contrat:

Nom de la partie contractante
la rue et le numéro de la maison
Code postal et ville

01.01.2020

Résiliation d´assurance santé

Mesdames, Messieurs,

Je souhaite par la présente résilier mon contrat dans le préavis prévu pour la prochaine date de résiliation possible.

Veuillez m ’ envoyer votre confirmation de résiliation en indiquant la date de prise d ’ effet de cette dernière. Je ne souhaite aucune prise de contact de votre part aux fins d ’ une publicité en retour. Je vous prie de bien vouloir y renoncer.

Avec mes meilleures salutations,

Nom et prénom