

## A remplir et à retourner à Sympany

Expéditeur

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

**Recommandée**

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

Lieu/Date .....

### Résiliation

Madame, Monsieur

Je résilie/nous résilions la couverture d'assurance pour la ou les personne/s suivante/s:

Délai de résiliation de l'assurance complémentaire:  3 mois  5 mois  6 mois ..... mois

Nom	Prénom	Date de naissance	Assurances résiliées	Date de résiliation*
			<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	..... .....

\* pour la prochaine échéance possible ou  
\* suite à une augmentation de prime ou  
\* suite à un changement de classe d'âge

Veuillez me/nous confirmer la résiliation.

Avec nos meilleures salutations

.....  
Signatures de tous les membres de la famille majeurs, mentionnés ci-dessus

**Sera rempli par Sympany**

### Attestation d'assurance à l'intention de la caisse maladie susmentionnée

Conformément à l'art. 7, al. 5 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), nous confirmons par la présente l'admission de la ou des personnes mentionnées ci-dessus dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal avec effet au .....

Nous vous prions de bien vouloir opérer la sortie de votre assurance-maladie.

**Sympany**

Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel  
T +41 800 455 455

Basel,.....

.....