

**Nous nous chargeons de résilier votre assurance:** envoyez le formulaire dûment signé à Sanitas **au moins deux semaines avant l'expiration du délai de résiliation**. La résiliation dans les délais de votre assurance maladie actuelle ne peut être garantie que si le formulaire nous parvient à temps. Pour cela, reportez-vous aux délais de résiliation légaux indiqués à la rubrique «Service» sur [www.sanitas.com](http://www.sanitas.com) (à remplir en caractères d'imprimerie:)

Destinataire (adresse de votre assureur maladie actuel)

Expéditeur (votre adresse)

**Recommandé**

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Lieu et date \_\_\_\_\_

## Résiliation de l'assurance complémentaire selon la LCA

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie/nous résilions les assurances complémentaires selon la LCA au \_\_\_\_\_

N° d'assuré	Prénom, nom	Date de naissance	Signature*
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

\* ou signature du représentant légal

Remarques: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veuillez m'envoyer/nous envoyer une confirmation de résiliation.