



## RÉSILIATION.

Veillez retourner ce formulaire à SWICA et non à votre assureur-maladie. Nous vous garantissons que nous ne transmettrons votre résiliation que lorsque vous serez assuré/e sans réserve et selon vos désirs auprès de SWICA.

Votre nom et votre adresse

**Recommandé**

(Adresse exacte de votre assurance actuelle)

Par la présente, je résilie la/les assurance(s) suivante(s) pour le

Date du timbre postal

ou pour la prochaine échéance possible.

**Assurance à résilier** (Prière de marquer d'une croix)

Nom		Ass. de base selon LAMal	per
Prénom		Ass. complément. selon LCA	per
Date de naissance	(jour/mois/année)	N° d'assurance	
Nom		Ass. de base selon LAMal	per
Prénom		Ass. complément. selon LCA	per
Date de naissance	(jour/mois/année)	N° d'assurance	
Nom		Ass. de base selon LAMal	per
Prénom		Ass. complément. selon LCA	per
Date de naissance	(jour/mois/année)	N° d'assurance	
Nom		Ass. de base selon LAMal	per
Prénom		Ass. complément. selon LCA	per
Date de naissance	(jour/mois/année)	N° d'assurance	

Je vous remercie de ne pas chercher à me faire changer d'avis et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur.

Lieu/date

Signature  
Preneur/euse d'assurance

Signature  
Conjoint/e

Signature  
Jeunes gens de plus de 18 ans

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch