



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)

Date du timbre postal

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

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

Signature
Jeunes gens de plus de 18 ans

Confirmation d'assurance à l'attention de l'assurance-maladie susmentionnée

Conformément à l'art. 7, al. 5 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal, nous confirmons par la présente l'admission de la personne susmentionnée pour l'assurance-maladie obligatoire à partir du . Cette confirmation n'est valable que si la personne assurée a payé intégralement les primes, participations aux coûts, intérêts de retard et frais de poursuite. Nous vous prions donc de faire le nécessaire pour la sortie de votre assurance-maladie.

Lieu/date

Responsable SWICA

SWICA Assurance-maladie SA
Signature

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

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

