

# Résiliation



Votre nom et votre adresse:

---

---

---

---

## Recommandé

(Adresse exacte de votre assurance actuelle)

---

---

---

---

**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.**

Date du timbre postal

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie la/les assurance(s) suivante(s) pour le \_\_\_\_\_ ou pour la prochaine échéance possible.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

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

Ass. de base selon LAMal pour le \_\_\_\_\_

Ass. complém. selon LCA pour le \_\_\_\_\_

N° d'assurance \_\_\_\_\_

Ass. de base selon LAMal pour le \_\_\_\_\_

Ass. complém. selon LCA pour le \_\_\_\_\_

N° d'assurance \_\_\_\_\_

Ass. de base selon LAMal pour le \_\_\_\_\_

Ass. complém. selon LCA pour le \_\_\_\_\_

N° d'assurance \_\_\_\_\_

Ass. de base selon LAMal pour le \_\_\_\_\_

Ass. complém. selon LCA pour le \_\_\_\_\_

N° d'assurance \_\_\_\_\_

Ass. de base selon LAMal pour le \_\_\_\_\_

Ass. complém. selon LCA pour le \_\_\_\_\_

N° d'assurance \_\_\_\_\_

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

Lieu/date

Signature  
Preneur 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