${nom} ${prenom}

${rue} ${numero}

${codepostal}

**${nAssure}**

**Recommandé**

**[Nom de la société]**

**[Adresse]**

**[code postal et ville]**

[Lieu], le 10 mars 2020

###### Résiliation de l’assurance obligatoire des soins

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins (police [n° police]) avec effet au 31 décembre prochain.

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m’envoyer une confirmation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

[votre nom]