

Imię Nazwisko
Ulica
Kod, miejscowość

**Adres
Ubezpieczyciela**

Miejscowość, data

Police no: xxxxxxx
Assurance Obligatoire (LAMal)

Madame, Monsieur,

Par la présente, je désire résilier l'assurance obligatoire des soins de la police susmentionnée avec effet au **data z którą ubezpieczenie ma być zrezygnowane**

Dans l'attente de votre confirmation, je vous adresse, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées.

Imię nazwisko
PODPIS