# [Votre nom]

[Votre rue]

[Votre NPA] [Votre localité]

# **Lettre recommandée**

# [Votre assurance maladie]

[Rue]

[NPA] [Localité]

[Lieu, date]

## Suspension de ma couverture d'assurance-maladie des soins de base LAMal

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je sollicite la suspension de mon assurance de base pour cause de [service militaire / service civil / protection civile] d’une durée supérieure à 60 jours consécutifs.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numéro d'assuré :****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Date de début du service :** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****:** | **Date de fin du service :****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Vous trouverez ci-joint une copie du justificatif attestant de mon engagement pour la période précitée.

En vous remerciant par avance de votre prochaine confirmation, je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, mes salutations les meilleures.

 [Prénom] [Nom]

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Signature)

Annexe : mentionnée