

Indiquez vos coordonnées :

Nom

Prénom

Rue, numéro

Numéro postal, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de l'assurance-maladie choisie :

Nom de l'assurance-maladie

Rue, numéro

Numéro postal, lieu

Lieu et date

**Demande d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins
(Assurance de base)****Liste des modèles à choix :**

- Médecin de famille
- HMO
- Consultation médicale par téléphone
- Assurance bonus
- Autre modèle d'assurance

Liste des franchises à choix :

Adultes :

Franchise CHF 300.-

Franchise CHF 500.-

Franchise CHF 1'000.-

Franchise CHF 1'500.-

Franchise CHF 2'000.-

Franchise CHF 2'500.-

Enfants :

Franchise CHF 0.-

Franchise CHF 100.-

Franchise CHF 200.-

Franchise CHF 300.-

Franchise CHF 400.-

Franchise CHF 500.-

Franchise CHF 600.-

Madame, Monsieur,

Par la présente, je demande à être affilié(e) à l'assurance obligatoire des soins auprès de votre compagnie dès le 1er janvier 2025. Je souhaite la couverture d'assurance suivante :

Nom, Prénom	Date de naissance	Franchise	Couverture accidents	Modèle (pas obligatoire)

Je vous demande de bien vouloir informer mon assurance-maladie actuelle que je serai assuré(e) chez vous dès le 1er janvier 2025. Vous trouverez en annexe une copie de ma police d'assurance.

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Nom, Prénom

Signature

Note :

Annexer une copie de la police d'assurance