

LETTRE D’AFFILIATION

Indiquez vos coordonnées

Nom, prénom :

Rue, n° :

NPA, lieu de domicile :

RECOMMANDÉ

Nom de l'assureur-maladie :

Rue, n° :

NPA, lieu :

Changement pour l'assurance de base

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je demande dès le 1^{er} janvier 2024 à être affilié·e à l'assurance obligatoire des soins auprès de votre compagnie avec la franchise et le modèle choisis ci-dessous.

Nom, prénom :

Année de naissance :

N° AVS (figure sur votre carte d'assuré·e) :

1 FRANCHISE		2 COUVERTURE ACCIDENT	3 MODÈLE
Adulte 26+ ou jeune adulte 19 - 25	Enfants 0 - 18		
300.-	0.-	OUI	Standard
500.-	100.-	NON	Médecin de famille
1'000.-	200.-		Réseau de soins (HMO)
1'500.-	300.-		Autre modèle d'assurance (indiquer le nom)
2'000.-	400.-		
2'500.-	500.-		
	600.-		

1 Choisissez un montant 2 Obligatoire pour toute personne ne travaillant pas au moins 8 h par semaine chez un employeur 3 Choisissez le modèle d'assurance

J'ai envoyé ma lettre de résiliation à mon assureur actuel :

Je vous prie de lui transmettre dans les meilleurs délais un certificat d'assurance (LAMal), afin de garantir le transfert au 1^{er} janvier 2024.

En vous remerciant d'avance pour l'exécution de cette demande, je vous adresse, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées.

Lieu et date :

Signature :