

Nom
Prénom
Date de naissance
Rue et numéro
No postal et localité
.....

RECOMMANDÉ

Adhésion pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe que je souhaite être affilié-e auprès de votre caisse pour l'assurance-maladie des soins obligatoires (LAMal) selon les paramètres suivants :

- Franchise de CHF
- couverture maladie et accident
- ou couverture maladie

Veuillez cocher svp. :

Affiliation

- au modèle du médecin de famille, soit le médecin :
- au modèle traditionnel (nom et adresse)
- autre modèle :

Comme j'ai choisi un autre assureur LAMal, conformément à l'article 7, al. 5 LAMal, vous voudrez bien transmettre à mon assureur-maladie actuel :, un certificat d'assurance (LAMal) de votre caisse afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans ma couverture.

Dans l'attente de votre attestation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Lieu et date :

.....

Signature :

.....