

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
NPA, Localité: \_\_\_\_\_  
  
Assureur maladie actuel: \_\_\_\_\_  
No d'assuré: \_\_\_\_\_  
  
No d'agent: \_\_\_\_\_

**Concerne: demande d'adhésion à l'assurance obligatoire des soins**

Je souhaite être/rester affilié(é) dès le 01.01..... auprès de l'assureur maladie suivant:

\_\_\_\_\_

**Assurances des soins**

**Prime mensuelle**

Assurance obligatoire des soins

\_\_\_\_\_

Modèle alternatif / Réseau de soins

\_\_\_\_\_

Nom du modèle: \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin de premier recours:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Franchise annuelle désirée**

**Adultes:**  Fr. 300.-  Fr. 500.-  Fr. 1'000.-  Fr. 1'500.-  Fr. 2'000.-  Fr. 2'500.-

**Enfants:**  Fr. 0.-  Fr. 100.-  Fr. 200.-  Fr. 300.-  Fr. 400.-  Fr. 500.-  Fr. 600.-

Exclusion du risque accident

Remarques: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré: \_\_\_\_\_

(ou de son représentant légal: pour les mineurs, les personnes sous tutelle, etc.)