

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.)