
REPORT D'EFFET

Assureur: Numéro d'assuré(e):

Nom et prénom:

Date de naissance:

Adresse:

NP / Ville:

Je vous saurai gré de bien vouloir reporter la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance susmentionné comme suit:

Assurance obligatoire selon LAMal : POUR LE:

Assurance(s) complémentaire(s) selon LCA: POUR LE:

Si le contrat d'assurance mentionné ci-dessus est déjà entré en vigueur, une copie de la prise de position écrite de votre assureur maladie actuel est à joindre à cet envoi.

Lieu et date:

Signature de l'assuré(e) ou de son représentant légal: