

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 de la couverture d’assurance ou affiliation pour l’assurance de base

Nom / Prénom :

Référence / n° : d’assuré :

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je demande dès le 1^{er} janvier 2025 à :

- ☐ Changer de modèle d’assurance avec la couverture mentionnée ci-dessous.
- ☐ Etre affilié(e) à l’assurance obligatoire des soins auprès de votre compagnie avec la couverture mentionnée ci-dessous.

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 2025.

Nom / Prénom	Année de naissance	❶ Franchise	❷ Couverture accident	❸ Modèle
		Adulte 26+ ou jeune adulte 19-25		
		☐ 300.-	☐ OUI	☐ Standard
		☐ 500.-	☐ NON	☐ Médecin de famille
		☐ 1'000.-		☐ Réseau de soins (HMO)
		☐ 1'500.-		☐ Téléphone préalable
		☐ 2'000.-		
		☐ 2'500.-		

❶ Choisissez un montant

❷ Obligatoire pour toute personne ne travaillant pas au moins 8 h par semaine chez un employeur

❸ Si désiré, choisissez un modèle d’assurance alternatif

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

Lieu et date : Signature :