

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 2024 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 2024.

Nom / Prénom	Année de naissance	①	②	③
		Franchise	Couverture accident	Modèle
		Adulte 26+ ou jeune adulte 19-25		
		<input type="radio"/> 300.-	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> Standard
		<input type="radio"/> 500.-	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> Médecin de famille
		<input type="radio"/> 1’000.-		<input type="radio"/> Réseau de soins (HMO)
		<input type="radio"/> 1’500.-		<input type="radio"/> Téléphone préalable
		<input type="radio"/> 2’000.-		
		<input type="radio"/> 2’500.-		

① Choisissez un montant

② Obligatoire pour toute personne ne travaillant pas au moins 8 h par semaine chez un employeur

③ 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 :