



Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____
Adresse _____
NPA _____
Localité _____

RECOMMANDÉ



Adhésion pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe que je souhaite être affilié-e auprès de votre caisse pour l'assurance-maladie des soins obligatoire (LAMal) selon les paramètres suivants :

- Franchise minimale de CHF _____
- couverture maladie et accident
ou couverture maladie

Conformément à l'article 7, al. 5 LAMal, je vous prie de confirmer mon affiliation à mon assureur précédent qui est _____.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Lieu et date :

Signature :
