

Inscription à l'assurance de base obligatoire

Madame, Monsieur,

Je m'inscris à l'assurance de base obligatoire pour le 1^{er} janvier 2024. Veuillez informer ma caisse-maladie actuelle que je serai assurée chez vous selon la LAMal à partir de cette date.

Prénom

Nom

Rue

NPA/localité

Date de naissance

Assurance souhaitée

Franchise en CHF:	Adulte	300	500	1000	1500	2000	2500	
	Enfant	0	100	200	300	400	500	600
Modèle d'assurance		Libre choix du médecin		médecin de famille*		HMO*	Telmed	

*Nom et adresse

Inclure la couverture accident	Oui	Non		
Système de recouvrement direct (LSV)	Oui	Non		
Paiement des primes	mensuel	trimestriel	semestriel	annuel

Coordonnées bancaires
ou postales (Pour les remboursements)

Titulaire du compte

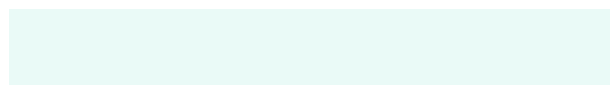
Nom de la banque/poste

IBAN/no de compte postal

Je vous remercie de bien vouloir exécuter ma demande. Veuillez me faire parvenir une confirmation écrite correspondante.
Meilleures salutations

Lieu, date

Signature



Merci de remplir le formulaire et de le signer. Envoyez-le ensuite, accompagné d'une copie de votre police d'assurance actuelle, à votre nouvelle caisse d'assurance-maladie avant la mi-décembre.