

Indiquez vos coordonnées :

Nom

Prénom

Rue, numéro

Numéro postal, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de l'assurance-maladie choisie :

Nom de l'assurance-maladie

Rue, numéro

Numéro postal, lieu

Lieu et date

**Demande d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins
(Assurance de base)****Liste des modèles à choix :**

- Médecin de famille
- HMO
- Consultation médicale par téléphone
- Assurance bonus
- Autre modèle d'assurance

Liste des franchises à choix :

Adultes :

Franchise CHF 300.-

Franchise CHF 500.-

Franchise CHF 1'000.-

Franchise CHF 1'500.-

Franchise CHF 2'000.-

Franchise CHF 2'500.-

Enfants :

Franchise CHF 0.-

Franchise CHF 100.-

Franchise CHF 200.-

Franchise CHF 300.-

Franchise CHF 400.-

Franchise CHF 500.-

Franchise CHF 600.-

Madame, Monsieur,

Par la présente, je demande à être affilié(e) à l'assurance obligatoire des soins auprès de votre compagnie dès le 1er janvier 2024. Je souhaite la couverture d'assurance suivante :

Nom, Prénom	Année de naissance	Franchise	Couverture accidents	Modèle (pas obligatoire)

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Nom, Prénom

Signature