

Indiquez vos coordonnées:

Nom de l'assurance-maladie

Nom, prénom

Rue, n°

Rue, n°

NPA, lieu

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de l'assurance-maladie choisie:

Lieu et date

RECOMMANDÉ

Demande d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins (assurance de base)

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 Je souhaite la couverture d'assurance suivante:

Complétez le tableau suivant selon les indications.

Choisissez un montant:

adultes 300/500/1000/
1500/2000/2500

Enfants 0/100/200/300/
400/500/600

Avez-vous besoin de
la couverture des
accidents? Répondez
par oui ou par non.

Si désiré,
choisissez un modèle
d'assurance: HMO,
médecin de famille,
consultation médicale
par téléphone,
assurance bonus,
autre modèle
d'assurance

| Nom, prénom | Année de naissance | Franchise | Couverture accidents | Modèle |
|-------------|--------------------|-----------|----------------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Je vous demande de bien vouloir informer mon assurance-maladie actuelle que je serai assuré(e) chez vous dès le 1er janvier Vous trouverez en annexe une copie de ma police d'assurance.

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

Prénom, nom

Signature

Annexe mentionnée