# 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 1er janvier 2016 à :

☐ Changer de modèle d'assurance avec la couverture mentionnée ci-dessous.

☐ Être 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 1er janvier 2016.

| Nom / Prénom | Année de naissance | ❶ Franchise<br>Adulte 26+ ou jeune adulte 19-25 | ❷ Couverture accident | ❸ Modèle |
|---|---|---|---|---|
| | | ○ 300.- | ○ OUI | ○ Standard |
| | | ○ 500.- | ○ NON | ○ Médecin de famille |
| | | ○ 1'000.- | | ○ Réseau de soins (HMO) |
| | | ○ 1'500.- | | ○ Téléphone préalable |
| | | ○ 2'000.- | | |
| | | ○ 2'500.- | | |

❶ Choisissez un montant
❷ Obligatoire pour toute personne ne travaillant pas au moins 8 h par semaine chez un employeur
❸ 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 : .....