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 pour l'assurance de base

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je demande dès le 1er janvier 2027 à être affilié·e à l'assurance obligatoire des soins auprès de votre compagnie avec la franchise et le modèle choisis ci-dessous.

Nom, prénom :

Année de naissance :

N° AVS (figure sur votre carte d'assuré·e):

1 FRANCHISE		2 COUVERTURE ACCIDENT	3 MODÈLE
Adulte 26+ ou jeune adulte 19 - 25	Enfants 0 - 18		
○ 300.-	○ 0.-	○ OUI	○ Standard
○ 500.-	○ 100.-	○ NON	○ Médecin de famille
○ 1'000.-	○ 200.-		○ Réseau de soins (HMO)
○ 1'500.-	○ 300.-		○ Autre modèle d'assurance (indiquer le nom)
○ 2'000.-	○ 400.-		
○ 2'500.-	○ 500.-		
	○ 600.-		

1 Choisissez un montant 2 Obligatoire pour toute personne ne travaillant pas au moins 8 h par semaine chez un employeur 3 Choisissez le modèle d'assurance

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 2027.

En vous remerciant d'avance pour l'exécution de cette demande, je vous adresse, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées.

Lieu et date :

Signature: