LETTRE CHANGEMENT DE COUVERTURE

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 :

- ○ changer de modèle d'assurance comme mentionné ci-dessous.
- ○ changer ma franchise comme mentionnée ci-dessous.

Nom, prénom :

Année de naissance :

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

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

Lieu et date :

Signature: