

Indiquez vos coordonnées:

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de l'assurance-maladie choisie:

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

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 2012. 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 2012. 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