

Déclaration d'adhésion (LAMal)

Edition 2011

Assureur:

Personne à assurer (à reporter selon les données administratives)

Sexe: M F Date de naissance: / /
Nom:
Prénom:

Formule

Individuelle Prénatale
 Assurance collective selon art. 63 LAMal Transfert d'une assurance collective selon art.63 LAMal en assurance individuelle
N° convention cadre: - N° de client:
Entreprise/Société:
Nom de l'acquisiteur: N° d'acquisiteur:

Si vous êtes au bénéfice d'une assurance des soins (LAMal), ou d'une assurance étrangère, veuillez indiquer:

Assurance LAMal Nom de l'assureur:
 Assurance étrangère Pays de provenance:

Assurance des soins régie par la LAMal

AH Assurance obligatoire des soins Prime mensuelle* Assuré(e) dès le (mm/aaaa)

Avec risque accident Sans risque accident (suspension possible si emploi d'au moins 8h./sem. auprès du même employeur; art. 8-9 LAMal et art. 13 al.1 OLAA)

Franchise annuelle désirée

Adultes: Fr. 300.-- Fr. 500.-- Fr. 1'000.-- Fr. 1'500.-- Fr. 2'000.-- Fr. 2'500.--
Enfants: Fr. 0.-- Fr. 100.-- Fr. 200.-- Fr. 300.-- Fr. 400.-- Fr. 500.-- Fr. 600.--

*Sous réserve de la confirmation des primes définitives valables pour la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Date: / /

Signature de la personne à assurer
(ou de son représentant légal: pour les mineurs, les personnes sous tutelle)

Données administratives

Edition 2011

Personne à assurer (formulaire à remplir en lettres majuscules)

Langue (correspondance): Fr De It En Sexe: M F

Nom:

Prénom:

Date de naissance: / /

Nationalité: Permis:

N° de permis (N° RCE): . / Echéance permis: / /

Epoux(se)/Partenaire enregistré(e) de:

Rue: N° de rue:

Complément: Case postale:

N° postal: Localité: Pays:

Tél privé: / . . Tél prof.: / . .

Portable: / . .

E-mail:

Domicile légal (si différent de ci-dessus) Depuis quelle date: / /

Rue: N° de rue:

N° postal: Localité:

Représentant(e) légal(e) (si mineur ou personne sous tutelle)

Père ou mère Tuteur/tutrice (joindre décision)

Nom:

Prénom:

Rue: N° de rue:

N° postal: Localité: Pays:

Données professionnelles et complémentaires

Employé(e)

Employeur:

Adresse de l'employeur:

Rue: N° de rue:

N° postal: Localité: Pays:

Indépendant(e) Autre:

Chômeur(euse), avec prestations d'une assurance-chômage étrangère, de quel pays?

Rentier(ère) Etat ou organisme qui verse la rente:

Diplômé ou autres privilèges de droit international (art. 6 OAMal)

Gestion administrative

La personne à assurer demande à ce que les communications indiquées soient exclusivement - et à décharge de l'assureur - adressées aux personnes mentionnées ci-dessous.

Si la personne à assurer désigne des tiers comme destinataires des communications de l'assureur, elle accepte la transmission de toutes les données contenues dans ces communications, y compris les données médicales qu'elles peuvent comporter, à ces tiers.

Destinataire de la correspondance:

Personne à assurer Epoux(se) Partenaire enregistré(e) Représentant(e) légal(e)

Si différent, merci de compléter: Relation avec la personne à assurer:

Nom:

Prénom:

Rue: N° de rue:

Complément: Case postale:

N° postal: Localité: Pays:

Destinataire des factures de primes, de participations et décomptes de prestations:

Personne à assurer Epoux(se) Partenaire enregistré(e) Représentant(e) légal(e) Destinataire de la correspondance

Si différent, merci de compléter: Relation avec la personne à assurer:

Nom:

Prénom:

Rue: N° de rue:

Complément: Case postale:

N° postal: Localité: Pays:

Facturation: Annuelle Semestrielle Trimestrielle Mensuelle

Mode de paiement:

Banque par LSV* Poste par débit direct* Facture envoyée par la poste E-facture *droit de recours 30 jours

Compte pour les prélèvements et/ou remboursements:

Titulaire du compte:

Localité:

Banque Nom de la banque:

Localité: Pays:

N° de compte/IBAN:

N° de clearing/Swift/BIC:

Postfinance N° de compte jaune: - -