

# Déclaration d'adhésion (LAMal)

Edition 2018

**Assureur:** Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont

## Personne à assurer (à reporter selon les données administratives)

Sexe:  M  F Date de naissance:  /  /

Nom:

Prénom:

## Formule

Individuelle  Prénatale

Convention cadre selon art. 63 LAMal  Transfert d'une convention cadre selon art. 63 LAMal en assurance individuelle

N° de 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 (jj/mm/aaaa)

**Modèle alternatif**

**RT** SanaTel

**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 2019

**Personne à assurer**  Proposant/Preneur d'assurance pour les produits responsabilité civile privée et inventaire du ménage

(formulaire à remplir en lettres majuscules)

Langue (correspondance):  Fr  De  It  En

Sexe:  M  F

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Nationalité:

Permis:

N° assurance sociale (N° AVS):

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:

Pays:

**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)

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)

Personne à assurer:

## 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.

### Accès au portail clients en ligne GMnet:

La personne à assurer souhaite recevoir tout son courrier par voie électronique et demande un accès à GMnet. (Un accès par famille pour le destinataire de la correspondance).

L'adresse e-mail ci-dessous doit être renseignée, un e-mail vous sera ensuite envoyé pour la création de votre compte.

E-mail:

### 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:

