
Proposition pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

INFORMATIONS PERSONNE

Nom et prénom :

Adresse :

NP, localité

Etat civil :

N° de compte bancaire :

Date de naissance :

No téléphone :

Email :

Nationalité :

Facturation des primes :

Mois

Trimestre

Semestre

Année

Système LSV

Système DD

CONTRAT

Assurance obligatoire des soins

Franchise choisie / prime mensuelle :

Risque accident (oui/non) :

A partir du :

Ancien assureur et adresse :

Le soussigné atteste que la CMVEO a attiré son attention sur la possibilité de suspendre provisoirement la couverture du risque accidents dans l'assurance obligatoire des soins. Cette suspension n'est possible que si le risque accidents est couvert par une assurance-accidents obligatoire selon la LAA. L'entité juridique est la CMVEO.

Date : _____

Signature : _____