

A ENVOYER A L'ASSUREUR-MALADIE (LAMal) DE VOTRE CHOIX

Genève, le

Prénom Nom

.....
Rue N°

.....
Case Postale

.....
N° Postal / Ville

.....

Coordonnées de l'assureur-maladie de votre choix (liste jointe)

.....
.....
.....
.....

Demande d'affiliation à l'assurance-maladie LAMal

Coordonnées de la / des personne(s) à assurer

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-dessus les coordonnées de la /des personne(s) désirant s'affilier auprès de votre institution pour l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMal.

Dans l'attente de l'envoi de votre proposition d'assurance à l'adresse susmentionnée , veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Nom Prénom

.....
Signature

.....