



Demande de prise de contact (à remplir en lettres majuscules)

Données personnelles

Nom	
Prénom(s)	
Adresse	
Date de naissance	
Adresse e-mail	
Téléphone	

Motif de la demande de prise de contact

1. Arriérés de primes et/ou de participations aux coûts (poursuites, actes de défaut de biens)

2. Subside – *précisez ci-dessous*

Demande de subside 2024

Annoncer un changement de situation intervenu en 2023 ou 2024

*Économique : baisse de revenu, chômage, retraite, invalidité, indemnités maladie/accident/maternité
 Familial : regroupement familial, mariage, naissance, divorce, séparation, veuvage*

Date du changement : Cause du changement :

Changement d'assureur-maladie

Joindre toutes les copies des certificats d'assurances LAMal

Par sa signature, la personne soussignée :

- délègue l'administration fiscale cantonale du secret fiscal et l'autorise à communiquer au service de l'assurance-maladie les éléments de revenu et de fortune, tels qu'ils ressortent de son dossier fiscal.
- autorise le service de l'assurance maladie à communiquer son revenu déterminant unifié (RDU) à la personne sollicitant un subside à l'aide du présent formulaire, lorsque ce RDU est un élément déterminant pour l'octroi du subside.

Date : Signature :

Date et signatures réservées pour les demandes de subsides (non obligatoires, mais recommandées afin d'accélérer le traitement de votre dossier).

3. Affiliation à l'assurance obligatoire des soins LAMaL – *précisez ci-dessous*

affiliation d'office

radiation

droit d'option des frontaliers

double affiliation

assujettissement pour personnes sans statut

dispense

4. Remarques :

.....

.....

.....

Vous serez contacté.e dans les plus brefs délais.