

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date :

**RECOMMANDE**

Adresse de votre nouvel assureur-maladie

**Concerne** : adhésion à votre caisse-maladie dès le .....

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous demande de m'affilier auprès de votre compagnie pour l'assurance obligatoire des soins (LAMal) avec une franchise annuelle de Fr....., dès le.....

Dans l'attente de votre attestation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

*Signature*