

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Date :

RECOMMANDE

Adresse de votre nouvel assureur-maladie

Concerne : adhésion à votre caisse-maladie dès le 1^{er} janvier _____

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 1^{er} janvier _____.

Je vous prie de transmettre, dans les meilleurs délais, à mon assureur-maladie actuel : un certificat d'assurance (LAMal) de votre caisse afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans ma couverture.

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

Signature