

No d'assuré(e):

Nouvelle adhésion Modification Annonce prénatale

Demande d'assurance MINICA selon la LAMAL

Données personnelles	
Nom	Prénom
Etat civil	Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f Nationalité*
Date de naissance	Tél. prof.
Tél. privé	E-mail
Nouveau numéro d'assurance sociale (NNSS / ancien no AVS) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
* pour les étrangers, nous avons besoin d'une copie du permis de séjour	

Adresse	
Rue	No
c/o	
NPA	Localité

Adresse pour la correspondance et les factures	
Nom	Prénom
Rue	No
c/o	
NPA	Localité

Païement des primes				
<input type="checkbox"/> mensuel	<input type="checkbox"/> bimestriel	<input type="checkbox"/> trimestriel	<input type="checkbox"/> semestriel	<input type="checkbox"/> annuel
<input type="checkbox"/> LSV * (banque)	<input type="checkbox"/> Débit direct (poste)			
* formulaire séparé à remplir Important : le système LSV est seulement possible pour le païement des primes et ne vaut pas pour les frais de participation.				

Adresse de païement pour les remboursements (une seule adresse par famille peut être indiquée)	
No IBAN du compte bancaire ou postal : CH <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
établi au nom, prénom de	
NPA	Localité

Assurance obligatoire des soins selon la LAMal				
Date du début de l'assurance : <input style="width: 200px;" type="text"/>				
Catégorie d'assurance (cochez ce qui convient)	Franchise annuelle		Groupe d'âge	Prime par mois
	Adulte	Enfant		
<input type="checkbox"/> MINICA avec couverture accident	<input type="checkbox"/> CHF 300.–	<input type="checkbox"/> CHF 0.–	<input style="width: 50px;" type="text"/>	CHF <input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> CHF 500.–	<input type="checkbox"/> CHF 200.–		
	<input type="checkbox"/> CHF 1000.–	<input type="checkbox"/> CHF 300.–		
	<input type="checkbox"/> CHF 1500.–	<input type="checkbox"/> CHF 400.–		
<input type="checkbox"/> MINICA sans couverture accident (possible seulement avec confirmation LAA de l'employeur)	<input type="checkbox"/> CHF 2000.–	<input type="checkbox"/> CHF 500.–		
	<input type="checkbox"/> CHF 2500.–	<input type="checkbox"/> CHF 600.–		
Caisse-maladie actuelle : _____ No d'assuré(e) : _____ Date de sortie : _____				

Lieu et date :

Signature du preneur d'assurance ou du représentant légal :