GALENOS
Assurance – maladie et accidents

Proposition d'assurance LAMal

Conseiller/ère ou intermédiaire

Nom / prénom

N° N° de GS

1 Preneur/euse d'assurance

Nom de famille

Prénom

Rue / n°

Complément d'adresse / case postale

NPA / lieu

Commune politique

N° de tél. privé N° de tél. professionnel

N° de tél. portable

Abonnement à la newsletter ○ oui ○ non E-mail privé

Sexe ○ m ○ f Langue ○ a ○ f

2 Personne assurée (si différente de preneur/euse d'assurance)

Nom de famille

Prénom

Autorisation de séjour

Date de naissance . . N° de téléphone

Sexe ○ m ○ f E-mail privé

N° d'assuré/e . . .

Contrat collectif avec

○ Nouvelle admission Assureur précédent

○ Modification

○ Admission prénatale, terme de la grossesse prévu . .

3 Personne payant la prime

Adresse (n'inscrire que les indications qui diffèrent de celles pour la personne assurée)

Nom de famille

Prénom

Rue / n°

Complément d'adresse / case postale

NPA / lieu

N° de tél. privé N° de tél. portable

Sexe ○ m ○ f E-mail privé

Modalités de paiement

Facturation à rythme

○ mensuel ○ bimestriel ○ trimestriel ○ semestriel (escompte 1 %) ○ annuel (escompte 2 %)

Facturation à rythme

N° de compte postal

Nom de la banque

N° IBAN

N° de compte N° de clearing

NPA / lieu (succursale)

Mode de paiement souhaité pour les factures de primes et de participations aux coûts

○ LSV (recouvrement direct par la banque) * ○ Débit Direct (compte postal) * ○ Facture / bulletin de versement

* Veuillez remplir le formulaire LSV / Débit Direct

GALENOS
Assurance – maladie et accidents

Personne assurée

Nom de famille

Prénom

Date de naissance . .

4 Assurance de base selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Début de l'assurance . .

Des sommations ou poursuites sont-elles en cours concernant des créances liées à votre assurance-maladie? ○ oui ○ non

Aux termes de l'article 64a LAMal, un changement d'assureur ne peut pas avoir lieu tant qu'il reste des arriérés non réglés auprès de l'assureur actuel pour des primes, participations aux coûts, intérêts ou frais de poursuite.

- ○ Assurance traditionnelle
- ○ Managed Care
- ○ Med Direct
- ○ Combi Care
- ○ Tel Doc

Cabinet/Médecin de famille:
Nom
Prénom
Rue / n°
NPA / lieu

Accidents

- ○ avec les accidents
- ○ sans les accidents (personne employée plus de 8 heures par semaine auprès du même employeur et donc assurée LAA, p. ex. auprès de la SUVA)

Franchise annuelle

Enfants

- ○ CHF 0.–
- ○ CHF 100.–
- ○ CHF 200.–
- ○ CHF 300.–
- ○ CHF 400.–
- ○ CHF 500.–
- ○ CHF 600.–

Jeunes adultes / adultes

- ○ CHF 300.–
- ○ CHF 500.–
- ○ CHF 1000.–
- ○ CHF 1500.–
- ○ CHF 2000.–
- ○ CHF 2500.–

Montant total prime mensuelle LAMal CHF

- ○ Primes sous réserve d'approbation par l'OFSP (Office fédéral de la santé publique)
  Base pour l'établissement des primes: primes de l'année 20 ____
- ○ Veuillez prendre note que la présente offre se fonde sur les primes _____ .
  Le montant définitif des primes pour _____ vous sera communiqué avec la police en automne _____ .

5 Déclaration et signatures

Le / la soussigné/e déclare

- avoir déposé la proposition en vue d'une admission dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie);
- avoir reçu les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA) relatives aux assurances demandées et les accepter.
- avoir pris connaissance du fait que les personnes domiciliées en Suisse sont fondamentalement tenues de s'assurer selon la LAMal (art. 1 al. 1 OAMal)
- avoir pris connaissance du fait que les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure ne sont pas soumises à l'obligation de s'assurer (art. 2 al. 1 let. b OAMal)
- avoir pris connaissance du fait que les prestations indûment touchées doivent être restituées (art. 25 LPGA).

Lieu / date

Signature de la personne à assurer ou de son / sa représentant/e légal/e

Timbre et signature du / de la conseiller / ère ou de l'intermédiaire
Code: