

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
* 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

Mode de paiement	
<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 paiement des primes et ne vaut pas pour les frais de participation.	

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

Assurance obligatoire des soins selon la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

Date du début de l'assurance :

MINICA-Standard

**MINICA-OPTIMA modèle médecin de famille
(selon liste GALENOS)**

Nom, prénom et adresse de votre médecin de famille*
*nécessaire seulement pour MINICA – OPTIMA

Avec couverture accidents oui non (merci de joindre la confirmation munie du sceau de l'employeur)

	Adultes	Enfants	Prime mensuelle	CHF
Franchise annuelle ordinaire	<input type="checkbox"/> CHF 300.–	<input type="checkbox"/> CHF 0.–		
Franchise annuelle à option	<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"/> CHF 2000.–	<input type="checkbox"/> CHF 500.–		
	<input type="checkbox"/> CHF 2500.–	<input type="checkbox"/> CHF 600.–		

Assurance actuelle auprès de

Date de sortie

Déclaration d'adhésion

Par la présente, je déclare avoir rempli la demande d'assurance entièrement et de manière véridique et confirme en outre avoir reçu les Conditions générales d'assurance (CGA) de l'assurance-maladie obligatoire des soins. J'ai également pris connaissance du fait que les fournisseurs de prestations médicales doivent transmettre aux médecins-conseils de l'assurance-maladie et accidents GALENOS les données nécessaires afin de remplir leurs obligations légales conformément à l'art. 57 LAMal. Sont concernées toutes les données indispensables à l'appréciation de questions relevant de rémunération, d'application des tarifs et de contrôle des conditions de prise en charge de prestations de la part de l'assurance-maladie et accidents GALENOS.

Lieu et date :

Signature du requérant resp. du représentant légal :
