

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

