

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date :

**RECOMMANDE**

Adresse de votre nouvel assureur-maladie

**Concerne** : adhésion à votre caisse-maladie dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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*