

Demande d'assurance maladie : LaMAL et complémentaires

Données clients

Nom	_____	Etat Civil	_____
Prénom	_____	Nationalité	_____
Date de naissance	____ / ____ / ____	Rue	_____
Téléphone	_____		_____
Permis de séjour	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Autres _____	NPA	_____
Depuis	____ / ____ / ____	Ville	_____
Statut	_____	Sexe	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
		Début du contrat	____ / ____ / ____

Assurance obligatoire des soins (LAMal)

Début de l'assurance	____ / ____ / ____
Compagnie souhaitée	_____

Type

- Enfant Franchise 0.- 100.- 200.- 300.- 400.- 500.- 600.-
Adulte Franchise 300.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-

Modèle choisi

- Médecin de famille Réseau de soin Télémédecine Modèle de base

Assurance Complémentaire

Quel(s) domaine(s) ont de l'importance pour vous ? (Sur une échelle de 1 à 10)

Assurances complémentaires pour les traitements ambulatoires

Promotion de la santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Médecines complémentaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prévention	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Protection à l'étranger	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lunettes et lentilles de contact	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Médicaments et moyens auxiliaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Transport et sauvetage en Suisse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Traitements dentaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Traitements ambulatoires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Checks-ups	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Protection juridique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Formes de thérapie spéciales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Assurances complémentaires d'hospitalisation

Division commune	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sélection en soutesse de la division	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Division demi-privée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Division privée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Début de l'assurance _____ / _____

Compagnie souhaitée _____

Votre budget
mensuel pour les
complémentaires _____
_____ CHF

Y a-t-il d'autres personnes assurées au sein de la même compagnie d'assurance ?

Dernier assureur _____

Expiration _____

Remarques

