

Demande d'assurance maladie obligatoire LaMAL

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