



Renseignements nécessaires pour établir une proposition CAISSE - MALADIE

Titre	_____		
Nom	_____	Prénom	_____
Etat Civil	_____	Nationalité / Permis	_____
Adresse	_____	NPA / Localité	_____
Pays	_____	Téléphone	_____
E-mail	_____	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Prénatale
Date de naissance	_____	Accident inclus	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Profession	_____	Statut	<input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Salarié

Début de l'assurance _____

Assurance de base selon la LAMAL

Franchise	<input type="checkbox"/>	300	<input type="checkbox"/>	500	<input type="checkbox"/>	1000
	<input type="checkbox"/>	1500	<input type="checkbox"/>	2000	<input type="checkbox"/>	2500
Système	<input type="checkbox"/>	Traditionnel	<input type="checkbox"/>	Médecin de famille	<input type="checkbox"/>	Consultation téléphonique

Assurances complémentaires / LCA Oui Non

Assurances complémentaires ambulatoires / LCA

- Complément standard à l'ass. de base
- Médecine alternative
- Médecin de famille

Assurance d'hospitalisation

- Commune toute la CH
- mi-privée
- privée

Autres assurances complémentaires désirées : _____

Autres membres de la famille à assurer ? _____
(avec date de naissance)
