



Bulletin d'adhésion assurance maladie selon la LAMal

Nom	_____	No de compte (IBAN/CP)	_____
Prénom	_____	Nom de la banque/Lieu	_____
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		_____
Adresse	_____	Mode de paiement	<input type="checkbox"/> mensuel
Code postal / Ville	_____		<input type="checkbox"/> tous les deux mois
Téléphone	_____		<input type="checkbox"/> trimestriel
Commune politique	_____		<input type="checkbox"/> semestriel
Date de naissance	_____		<input type="checkbox"/> annuel
Payeur de prime	_____	L'arrivée de l'étranger le:	_____

Joindre la copie de l'autorisation de séjour de courte ou longue durée.

Assurance maladie selon la LAMal

Assurance obligatoire des soins médicaux pharmaceutiques

- Frais de guérison BASIS
- Frais de guérison AGRI-eco (modèle médecin de famille), selon la liste des médecins de la CM Agrisano

Médecin de famille (nom, prénom, NPA/lieu):

Auprès de quelle caisse maladie étiez-vous assuré jusqu'à présent?

Caisse maladie _____

- Vous êtes assuré contre les accidents par votre employeur.
La suspension de la couverture des accidents est à demander avec une attestation séparée.

Franchise	Prime mensuelle	Début d'assurance
_____	_____	_____

Je déclare par ma signature accepter les primes, les règlements et les conditions de la Caisse-maladie Agrisano SA. En outre, je déclare avoir reçu un exemplaire des conditions générales d'assurance de la Caisse-maladie Agrisano SA.

Si l'assurance prend effet l'année suivante ou plus tard, des adaptations de primes restent réservées dans le cadre de la procédure ordinaire. De même, des adaptations de primes peuvent être appliquées en raison d'un changement de la classe d'âge.

Lieu et date _____ Signature de la personne à assurer ou du représentant légal: _____

Nous vous prions de nous retourner par courrier le formulaire rempli entièrement et signé.