Madame/Monsieur

Prénom/Nom

Adresse

NPA/Ville

**Recommandée**

Nom et adresse de l’assureur

Genève, le

Concerne : adhésion à votre caisse maladie au 1er janvier 20xx pour l’assurance de soins de base (Lamal)

Date de naissance :

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous demande de bien vouloir m’affilier auprès de votre compagnie pour l’assurance obligatoire des soins maladie ((et accident) *si vous ne travaillez pas*)(LAMal), sous le modèle réseau de soins, avec une franchise annuelle de Fr. , dès le 1er janvier 20xx.

Je vous prie de transmettre, dans les meilleurs délais, à mon assureur maladie actuel, *(non de votre assureur)* n° assuré , n° de client , 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 confirmation d’affiliation, je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Prénom Nom

signature