

Réduction d'assurance CLINICA/PRIMA/DENTA (LCA)

Nous vous prions de répondre précisément à toutes les questions et de retourner dans les plus brefs délais le formulaire à PROVITA Gesundheitsversicherung AG. Merci d'avance.

N° d'assurance _____ N° de famille _____

Personne assurée (prière de remplir en majuscules)

Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____
Rue/N° _____	NPA/Localité _____	
c/o _____	Tél. privé _____	Tél. prof. _____

CLINICA

- de CLINICA semi-privée à CLINICA commune Valable dès le 01.01. _____
- de CLINICA semi-privée à CLINICA semi-privée avec restriction selon liste des hôpitaux PROVITA Valable dès le 01.01. _____
- de CLINICA semi-privée à CLINICA ProFlex Valable dès le 01.01. _____
- de CLINICA semi-privée avec restriction selon liste des hôpitaux PROVITA à CLINICA ProFlex Valable dès le 01.01. _____
- de CLINICA privée à CLINICA semi-privée Valable dès le 01.01. _____
- de CLINICA privée à CLINICA semi-privée avec restriction selon liste des hôpitaux PROVITA Valable dès le 01.01. _____
- de CLINICA privée à CLINICA commune Valable dès le 01.01. _____
- de CLINICA privée à CLINICA commune Valable dès le 01.01. _____

PRIMA

- de PRIMA Top à PRIMA Basic Valable dès le 01.01. _____

DENTA

- de DENTA Top à DENTA Basic Valable dès le 01.01. _____

Nous vous rendons attentif au fait qu'une réduction de l'assurance ne peut avoir lieu que pour le début d'une année civile, moyennant un délai de préavis d'un mois.

Lieu et date _____ Signature manuscrite du demandeur ou de son représentant légal _____