

Changement d'assurance de SANA, MEDICASA et HMO (LaMal)

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. _____

Passage de l'assurance SANA à l'assurance MEDICASA

avec accident _____ Valable dès le 1. _____

sans accident _____ Valable dès le 1. _____

Nom et adresse du médecin de famille:

Nous vous rendons attentif au fait que le changement désiré doit être annoncé pour le premier jour d'un mois et au moins 30 jours à l'avance.

Passage de l'assurance MEDICASA à l'assurance SANA

avec accident _____ Valable dès le 01.01. _____

sans accident _____ Valable dès le 01.01. _____

Nous vous rendons attentif au fait que le changement désiré n'est possible que pour le début d'une année civile, moyennant le délai de préavis d'un mois.

Changement du médecin de famille MEDICASA

avec accident _____ Valable dès le 1. _____

sans accident _____ Valable dès le 1. _____

Médecin actuel: _____

Nouveau médecin: _____

Motiv du changement: _____

Le changement de médecin de famille n'est possible qu'à partir du 1. juillet ou du 1^{er} janvier.

Passage de l'assurance SANA à l'assurance HMO

avec accident

Valable dès le 1. _____

sans accident

Valable dès le 1. _____

Adresse du centre HMO: _____

Nous vous rendons attentif au fait que le changement désiré doit être annoncé pour le premier jour d'un mois et au moins 30 jours à l'avance.

Passage de l'assurance HMO à l'assurance SANA

avec accident

Valable dès le 01.01. _____

sans accident

Valable dès le 01.01. _____

Nous vous rendons attentif au fait que le changement désiré n'est possible que pour le début d'une année civile, moyennant le délai de préavis d'un mois.

Passage de l'assurance MEDICASA à l'assurance HMO

avec accident

Valable dès le 01.01. _____

sans accident

Valable dès le 01.01. _____

Adresse du centre HMO: _____

Nous vous rendons attentif au fait que le changement désiré n'est possible que pour le début d'une année civile, moyennant le délai de préavis d'un mois.

Passage de l'assurance HMO à l'assurance MEDICASA

avec accident

Valable dès le 01.01. _____

sans accident

Valable dès le 01.01. _____

Nom et adresse du médecin de famille: _____

Nous vous rendons attentif au fait que le changement désiré n'est possible que pour le début d'une année civile, moyennant le délai de préavis d'un mois.

Changement de centre de santé HMO

Centre de santé précédent _____

Nouveau centre de santé _____

Valable dès le 01. _____

Merci d'informer directement votre centre HMO actuel de ce changement.

Motif: _____

Lieu et date

Signature manuscrite du demandeur ou de son représentant légal

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4
Postfach
8401 Winterthur

Tél. 052 260 02 02
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch
www.provita.ch

