

## Modification de l'assurance participation CLINICA (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. \_\_\_\_\_

**Les catégories d'assurance CLINICA semi-privée et privée vous offrent la possibilité de conclure une participation par jour à option. La conclusion d'une participation aux frais et votre responsabilité propre y liée vous donnent droit à une réduction de la prime.**

**Je souhaite conclure la participation suivante dans mon assurance CLINICA semi-privée, semi-privée avec restriction selon liste hospitalière PROVITA, ou privée:**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> Franchise de CHF 100.-/jour, max. CHF 1000.-/an (réduction des primes de 15%) | <u>Valable dès le 01.01.</u> |
| <input type="radio"/> Franchise de CHF 200.-/jour, max. CHF 2000.-/an (réduction des primes de 20%) | <u>Valable dès le 01.01.</u> |
| <input type="radio"/> Franchise de CHF 300.-/jour, max. CHF 3000.-/an (réduction des primes de 25%) | <u>Valable dès le 01.01.</u> |
| <input type="radio"/> Franchise de CHF 500.-/jour, max. CHF 5000.-/an (réduction des primes de 35%) | <u>Valable dès le 01.01.</u> |

Nous vous rendons attentif au fait que le choix d'une participation ne peut prendre effet qu'au début d'une année civile, moyennant un préavis d'un mois (jusqu'au 31.11 d'une année civile).

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