

Nom .....  
Prénom .....  
Date de naissance .....  
Rue et numéro .....  
Code postal et ville .....

RECOMMANDÉ

**Changement de modèle d'assurance – police n° .....**

Madame, Monsieur,

Je souhaite m'affilier au modèle indiqué ci-dessous, sans modifier par ailleurs ma couverture d'assurance. Je vous demande donc de bien vouloir adapter ma police en conséquence.

Veillez cocher svp. :

Affiliation  au modèle du médecin de famille, soit le médecin : .....  
 au modèle traditionnel (nom et adresse)  
 autre modèle : .....

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m'envoyer une confirmation.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Lieu et date :

.....

Signature :

.....