



Demande de changement assurance médecin de famille AGRI-eco

Données personnelles

Nom, prénom _____

Rue, N°. _____

NPA, lieu _____

Numéro d'assuré _____

Médecin de famille actuel

Dr. méd. _____

Rue, N°. _____

NPA, lieu _____

Raison du changement

Je change de domicile.

Mon ancien médecin de famille actuel cesse sa pratique.

Mon ancien médecin de famille change de lieu de pratique.

Mon ancien médecin est radié du système médecin de famille.

Autre raison _____

Je souhaite continuer de profiter des avantages d'AGRI-eco.

Nouveau médecin de famille par _____

Dr. méd. _____

Rue, N°. _____

NPA, lieu _____

Lieu, data _____

Signature _____

(Signature de l'assuré(e) ou de son représentant légal)

L'utilisation du masculin a été adoptée dans ce flyer afin de faciliter la lecture et désigne tous les genres.