



## Changement de modèle d'assurance

---

### Coordonnées

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Rue / n° \_\_\_\_\_ NPA / Lieu \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ N° de tél. \_\_\_\_\_  
N° d'assuré \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Le passage du modèle ordinaire pour l'assurance obligatoire des soins (modèle de base avec une franchise à 300 francs pour les adultes ou à 0 franc pour les enfants) à un autre modèle a lieu le premier jour du mois suivant le dépôt de la demande.

Tous les autres passages à un autre modèle ont lieu le premier jour de l'année civile suivant le dépôt de la demande, pour autant que les délais de résiliation prévus par la LAMal soient respectés.

Je désire changer de modèle d'assurance.

Changement pour le : \_\_\_\_\_

- Modèle désiré :**
- Modèle de base (modèle ordinaire)
  - AGRI-contact (modèle « Telmed ») Pas possible pour : AR, GE, SZ, VD et VS (région I)
  - AGRI-smart (modèle digital) Pas possible pour : Région I (Exception: TI)
  - AGRI-eco (modèle « Médecin de famille »)\*

\*En choisissant AGRI-eco (modèle « Médecin de famille »), vous devez obligatoirement indiquer les coordonnées d'un médecin figurant dans la [liste des médecins de famille de l'Agrisano](#).

**Médecin :** Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ NPA / Lieu \_\_\_\_\_

En apposant ma signature, j'accepte les primes, les règlements et les dispositions de la Caisse-maladie Agrisano SA. Par ailleurs, je confirme avoir reçu un exemplaire des conditions générales d'assurance de la Caisse-maladie Agrisano SA pour le modèle d'assurance désiré.

### Assuré(e)

Lieu, Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

