

Numéro d'assuré

Adresse de votre [agence CONCORDIA](#)

.....
.....
.....
.....

Formulaire de modifications

Personne assurée

Prénom, nom Date de naissance

Rue, n° Sexe féminin masculin

NPA, localité

Modification de franchise

Assurance obligatoire des soins LAMal

Modification au 01.

Groupe d'âge

Franchise à option

De 0 à 18 ans

- CHF 0
- CHF 100
- CHF 200
- CHF 300
- CHF 400
- CHF 500
- CHF 600

À partir de 19 ans

- CHF 300
- CHF 500
- CHF 1'000
- CHF 1'500
- CHF 2'000
- CHF 2'500

Le passage à une franchise inférieure ou à une autre forme d'assurance est possible pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis d'un mois.

.....
Lieu et date

.....
Proposant ou représentant légal

Agence

.....
Date et signature

Siège principale

.....
Date et signature

Retourner le formulaire à votre [agence CONCORDIA](#).