



Assurance-maladie des soins obligatoire

AVIS

Conformément à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), la personne
sousmentionnée, domiciliée en Suisse :

--

déclare au Conseil communal de Saignelégier être affiliée à l'assurance-maladie,
auprès de la caisse-maladie :

N° de la personne assurée	
Signature de la personne assurée :	Timbre et signature de l'assureur :

A l'attention de la personne assujettie : Veuillez s'il vous plaît indiquer, le nom de votre Caisse-maladie dans la case ci-dessus et nous retourner le formulaire, dûment signé, dans les plus brefs délais au Contrôle des Habitants de Saignelégier

A l'attention de la Caisse-maladie : Veuillez s'il vous plaît confirmer, l'affiliation de la personne susmentionnée, en apposant votre timbre et signature dans la rubrique ci-dessus et nous retourner la présente, dans les plus brefs délais, au Contrôle des Habitants de Saignelégier

