

Questionnaire assurance maladie



Veuillez nous faire parvenir ce questionnaire à caissemaladie@fmhinsurance.ch.

Preneur d'assurance

Titre / Prénom / Nom

Adresse

NPA / Localité

Numéro de téléphone / Disponibilité

Adresse e-mail

Date de naissance

Emploi

Salarié Indépendant Sans emploi

Permis de séjour

Date d'arrivée en Suisse

Membre de la famille (prénom et date de naissance)

J'ai des questions à poser ou j'ai besoin d'un conseil personnel. Veuillez me contacter par téléphone.

Modèle

Assurance obligatoire normale

Modèle de médecin de famille (économie jusqu'à 10 %)

Modèle de téléphone (économie jusqu'à 15 %) ★

Modèle HMO (économie jusqu'à 15 %)

Médecin de famille / Centre HMO

Assurance obligatoire

Franchise

300.- 1'000.- 1'500.-

2'000.- 2'500.- ★

Dissociation de l'assurance oblig. et de l'assurance compl.

non oui, si avantageuse

Assurance complémentaire de soins ambulatoires – Qu'est-ce qui compte pour vous?

Abo à un centre de gym

Oui Non

Médicaments non obligatoires ★

Oui Non

Lunettes, lentilles de contact

Oui Non

Méthodes thérapeutiques alternatives

Oui Non

Couverture à l'étranger ★

Oui Non

Coûts de transport ★

Oui Non

Appareils dentaires ★

Oui Non

Assurance dentaire

Oui Non

Assurance hospitalisation

Division commune

Division privée

Division semi-privée ★

Assurance hospitalisation flexible ★

Étiez-vous en bonne santé au cours des 5 dernières années ou aviez-vous:

Opérations

Accidents

Médicaments réguliers

Maladies, visites médicales

Remarques

★ Couvertures et options recommandées (appareils dentaires pour enfants)

INSURANCE

Roth Gygax & Partner AG

☎ 031 959 50 00
✉ mail@fmhinsurance.ch
www.fmhinsurance.ch
www.rothgygax.ch