

# Questionnaire assurance maladie



Veillez nous faire parvenir ce questionnaire à [caissemaladie@fmhinsurance.ch](mailto: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  
Lunettes, lentilles de contact  
Couverture à l'étranger ★  
Appareils dentaires ★

Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non

Médicaments non obligatoires ★  Oui  Non  
Méthodes thérapeutiques alternatives  Oui  Non  
Coûts de transport ★  Oui  Non  
Assurance dentaire  Oui  Non

## Assurance hospitalisation

- Division commune  
 Division semi-privée ★

- Division 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](mailto:mail@fmhinsurance.ch)  
[www.fmhinsurance.ch](http://www.fmhinsurance.ch)  
[www.rothgygax.ch](http://www.rothgygax.ch)