

Proposition d'amendement pour l'International Health Plan

1 Données personnelles

Numéro client

Prénom

Nom

Adresse pour la correspondance

Rue, n°

Adresse complémentaire

Case postale

NPA/Localité

Pays

N° de téléphone

Privé

Mobile

Professionnel

E-mail

2 Début/Franchise/Prime

Contrat valable dès le

01.01.

Variante de franchise: ambulatoire CHF 900/stationnaire CHF 3000

Prime mensuelle (maladie et accident)

CHF

Signatures (Assurances selon LCA)

Lieu

Date

Le proposant ou son représentant légal

Lieu

Date

Le courtier / conseiller

N° de personne du conseiller à la clientèle

N° Agence