

Veuillez remplir ce formulaire PDF électroniquement ; si ce n'est pas possible, remplissez-le sur papier.

Imprimez le formulaire, signez-le et envoyez-le à : UNIQA GlobalCare SA, Avenue de la Praille 26, Case Postale 1431, 1227 Carouge, Suisse.

ASSURÉ(E)

Nom et prénom : _____

Adresse: _____

Numéro d'assuré (ID CHIS) : _____ . _____

A REMPLIR SI LE DEMANDEUR EST LA PERSONNE ASSURÉE

Je soussigné(e) _____, demande qu'un dossier soit ouvert pour évaluer mon droit aux prestations de l'assurance dépendance du Régime d'assurance maladie du CERN.

Décrivez ici votre situation/vos besoins

Mon médecin traitant habituel est :

Nom du médecin : _____

Adresse du médecin: _____

A REMPLIR SI LE DEMANDEUR N'EST PAS LA PERSONNE ASSURÉE

Nom et prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'assuré(e)) : _____

Je soussigné(e) _____ agissant au nom de (assuré(e)) _____, demande qu'un dossier soit ouvert pour évaluer le droit aux prestations de l'assurance dépendance du Régime d'assurance maladie du CERN.

Décrivez ici la situation / les besoins

Le médecin traitant habituel de l'assuré est :

Nom du médecin : _____

Adresse du médecin: _____

DATE (JJ/MM/YYYY)

SIGNATURE et NOM COMPLET (en caractères d'imprimerie)