



**Demande d'extension de l'assurance complémentaire santé
Version PREMIUM avec couverture d'assistance**

**Request for extension of the complementary health insurance
PREMIUM Version with assistance coverage**



Valable dès le / Valid as of ____ / ____ / ____

ID GPAFI _____

Personne déjà assurée / Already insured person

Assuré principal / Primary insured Conjoint / Spouse Enfant / Child

Nom / Family name _____

Prénom / First name _____

Nombre de membres de famille déjà assurés dans l'assurance complémentaire UNIQA
Number of family members already insured in the complementary insurance UNIQA _____

N° de téléphone ou e-mail pour contact éventuel
Phone number or e-mail for possible contact _____

Primes / Premiums

	Prime mensuelle Monthly premium CHF	Prime annuelle Annual premium CHF
Individuelle / Individual	10.40	125.-
Famille / Family	16.70	200.-

Si la version PREMIUM est demandée, celle-ci s'applique obligatoirement à toute la famille assurée chez UNIQA.

La couverture d'assistance est souscrite pour une durée minimum de 12 mois. Elle se renouvelle tacitement d'année en année et peut être résiliée selon les mêmes conditions que l'assurance complémentaire santé.

If the PREMIUM Version is requested, it must be applied to the whole family insured by UNIQA.

The assistance coverage is taken out for a minimum period of 12 months. It is automatically renewed each year and may be cancelled under the same conditions as the complementary health insurance.

Date ____ / ____ / ____ **Signature** _____