

**DEMANDE DE PROLONGATION
de l'assurance-maladie professionnelle
à titre individuel**

BUREAU DES METIERS
Assurance-maladie
Case postale 141
1951 Sion

No d'entreprise :

Nom et adresse :
de l'entreprise
.....

annonce la sortie de la personne suivante :

no d'assuré(e) :

Nom - Prénom :

Adresse :
.....

Date naissance :

Etat civil :

Date de sortie :

MOTIFS DE SORTIE (à reporter également sur les relevés des salaires)

- maladie (dès qu'il y a un mois complet - du 1^{er} au 31 - d'incapacité de travail)
- accident
- chômage
- école de recrue/école d'avancement
- retraités AVS
- rentiers AI

AUTRES MOTIFS A PRECISER :

changement d'employeur, départ volontaire du travailleur, départ à l'étranger, etc...

.....

Sceau et signature de l'entreprise :

COUVERTURE DESIREE

- assurance des soins conformément aux dispositions réglementaires
- assurance d'une indemnité journalière Fr.

Lieu et date :

Signature
du travailleur :