



**ASSURANCE COLLECTIVE SOINS DE SANTÉ - HOSPITALISATION
SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX
FORCMS-AV-100**

Nom du service public fédéral :..... Groupe : M...

FORMULAIRE DE REPONSE (usage unique)

REMARQUE IMPORTANTE: Si aucun des choix mentionnés ci-dessous n'est d'application, vous serez assuré (éventuellement avec les membres de votre famille déjà assurés) dans la situation connue chez AG Insurance avant le 1^{er} janvier 2018. Dans cette situation, **il n'est pas nécessaire** de renvoyer ce formulaire !

Je soussigné,

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse e-mail : N° matricule / pensionné :

Déclare avoir pris connaissance des conditions de la police collective assurance soins de santé-hospitalisation des services publics fédéraux.

A partir du 1^{er} janvier 2018, je désire (prière de cocher la case de votre choix) :

- Souscrire à la **FORMULE DE BASE** (couverture des suppléments dans une chambre à deux ou à plusieurs lits) pour moi-même et les membres de ma famille (actuels et à venir) **déjà assurés** ;
- Souscrire à la **FORMULE ETENDUE** (couverture des suppléments dans une chambre privée) pour moi-même et les membres de ma famille (actuels et à venir) **déjà assurés** ;
- Que moi-même / les membres de ma famille (*biffer la mention erronée*) ne soient plus assurés dans la police collective assurance soins de santé-hospitalisation des services publics fédéraux ;
- Assurer, en plus de moi-même, les membres de ma famille et je remplis le « **formulaire d'affiliation** » que j'envoie avec ce formulaire de réponse.
- Paiement annuel / trimestriel (*biffer la mention erronée*)

Fait à, le/..../20..

Signature membre du personnel,
personnes (majeures) affiliées,

Ce document rempli doit être renvoyé (en version papier) pour le 31 mars 2018 à votre service personnel ou service social.