



Suspension du risque accident sur l'assurance obligatoire des soins

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

N° d'assuré : _____

N° de téléphone : _____

Date : _____

Signature : _____

Modification dès le (à remplir par la CMVEO) : _____

Conformément à l'article 11 de l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal), la suspension déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit la demande.