

KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG SAISONNIERS

ANMELDUNG KOLLEKTIVKRANKENPFLEGE- VERSICHERUNG GASTROSUISSE.

STANDARD FAVORIT SANTE (santémed Gesundheitszentrum/SWICA-Partnerpraxis)
FAVORIT MEDICA FAVORIT CASA (Name Hausarztpraxis, Ort)
FAVORIT TELMED FAVORIT MEDPHARM

Franchise frei wählbar bis 18 Jahre: 0.– 200.– 400.– 600.–
Franchise frei wählbar ab 19 Jahre: 300.– 500.– 1000.– 1500.– 2000.– 2500.–

PERSONALIEN UND WOHNORT DER ODER DES VERSICHERTEN

Name Vorname
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht männlich weiblich
Strasse/Nr. PLZ/Ort
Stellenantritt per: (Tag/Monat/Jahr) = Versicherungsbeginn

Die oben erwähnte Arbeitnehmerin oder der oben erwähnte Arbeitnehmer erklärt hiermit, keine Krankenpflegeversicherung gemäss KVG zu besitzen, und ermächtigt somit seinen Arbeitgeber, die erforderliche Krankenpflegeversicherung bei SWICA abzuschliessen. Die Prämie wird monatlich vom Lohn abgezogen.

Der Arbeitgeber ist Prämienschuldner und verpflichtet sich, die entsprechenden Prämien zu entrichten.

Unterschrift der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers

Datum

AHV-Abrechnungsnummer

Stempel und Unterschrift des Betriebs

Original an SWICA Gesundheitsorganisation.
Kopien an Arbeitgeber, Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer.



412d / 1.2023

KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG SAISONNIERS

ANMELDUNG KOLLEKTIVKRANKENPFLEGE- VERSICHERUNG GASTROSUISSE.

STANDARD FAVORIT SANTE (santémed Gesundheitszentrum/SWICA-Partnerpraxis)
FAVORIT MEDICA FAVORIT CASA (Name Hausarztpraxis, Ort)
FAVORIT TELMED FAVORIT MEDPHARM

Franchise frei wählbar bis 18 Jahre: 0.– 200.– 400.– 600.–
Franchise frei wählbar ab 19 Jahre: 300.– 500.– 1000.– 1500.– 2000.– 2500.–

PERSONALIEN UND WOHNORT DER ODER DES VERSICHERTEN

Name Vorname
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht männlich weiblich
Strasse/Nr. PLZ/Ort
Stellenantritt per: (Tag/Monat/Jahr) = Versicherungsbeginn

Die oben erwähnte Arbeitnehmerin oder der oben erwähnte Arbeitnehmer erklärt hiermit, keine Krankenpflegeversicherung gemäss KVG zu besitzen, und ermächtigt somit seinen Arbeitgeber, die erforderliche Krankenpflegeversicherung bei SWICA abzuschliessen. Die Prämie wird monatlich vom Lohn abgezogen.

Der Arbeitgeber ist Prämienschuldner und verpflichtet sich, die entsprechenden Prämien zu entrichten.

Unterschrift der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers

Datum

AHV-Abrechnungsnummer

Stempel und Unterschrift des Betriebs

Original an SWICA Gesundheitsorganisation.
Kopien an Arbeitgeber, Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer.



412d / 1.2023