

Anmeldung zur Kollektivkrankenpflegeversicherung GastroSuisse

STANDARD FAVORIT SANTE santémed Gesundheitszentrum / SWICA Partnerpraxis
 FAVORIT MEDICA FAVORIT CASA Name Hausarzt, 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.-

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht M F

Wohnadresse des Versicherten:

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Stellenantritt (= Versicherungsbeginn) per Tag Monat Jahr

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.

Unterschrift des Arbeitnehmers

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

Stempel und Unterschrift des Betriebs

Datum

AHV-Abrechnungsnummer

Original an: SWICA Gesundheitsorganisation

Kopien an: Arbeitgeber, Arbeitnehmer

Anmeldung zur Kollektivkrankenpflegeversicherung GastroSuisse

STANDARD FAVORIT SANTE santémed Gesundheitszentrum / SWICA Partnerpraxis
 FAVORIT MEDICA FAVORIT CASA Name Hausarzt, 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.-

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht M F

Wohnadresse des Versicherten:

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Stellenantritt (= Versicherungsbeginn) per Tag Monat Jahr

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.

Unterschrift des Arbeitnehmers

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

Stempel und Unterschrift des Betriebs

Datum

AHV-Abrechnungsnummer

Original an: SWICA Gesundheitsorganisation

Kopien an: Arbeitgeber, Arbeitnehmer