

Assurance des soins saisonniers

Avis d'entrée à l'Assurance collective soins médico-pharmaceutiques GastroSuisse

Standard	Favorit Santé (Centre de santé santéméd/Cabinet partenaire SWICA)
Favorit Medica	Favorit Casa (Nom de médecin, lieu)
Favorit Telmed	Favorit Medpharm

Libre choix de franchise jusqu'à 18 ans:	0.–	200.–	400.–	600.–		
Libre choix de franchise dès 19 ans:	300.–	500.–	1000.–	1500.–	2000.–	2500.–

Coordonnées et domicile de la personne assurée

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ (jour/mois/année) Sexe masculin féminin
Rue/n° _____ NPA/Localité _____
Date d'entrée: _____ (jour/mois/année) = début de l'assurance

L'employé(e) cité(e) ci-dessus déclare ne pas avoir d'assureur-maladie conformément à la LAMal et autorise ainsi son employeur à conclure l'assurance soins médico-pharmaceutiques légale requise auprès de SWICA. La prime sera déduite du salaire mensuellement.

Signature de l'employé(e) L'employeur est débiteur des primes et s'engage à verser ces primes.

Date N° de décompte AVS

Timbre et signature de l'entreprise

Original à SWICA.
Copie à employeur, employé(e).



412f/G.2025

Assurance des soins saisonniers

Avis d'entrée à l'Assurance collective soins médico-pharmaceutiques GastroSuisse

Standard	Favorit Santé (Centre de santé santéméd/Cabinet partenaire SWICA)
Favorit Medica	Favorit Casa (Nom de médecin, lieu)
Favorit Telmed	Favorit Medpharm

Libre choix de franchise jusqu'à 18 ans:	0.–	200.–	400.–	600.–		
Libre choix de franchise dès 19 ans:	300.–	500.–	1000.–	1500.–	2000.–	2500.–

Coordonnées et domicile de la personne assurée

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ (jour/mois/année) Sexe masculin féminin
Rue/n° _____ NPA/Localité _____
Date d'entrée: _____ (jour/mois/année) = début de l'assurance

L'employé(e) cité(e) ci-dessus déclare ne pas avoir d'assureur-maladie conformément à la LAMal et autorise ainsi son employeur à conclure l'assurance soins médico-pharmaceutiques légale requise auprès de SWICA. La prime sera déduite du salaire mensuellement.

Signature de l'employé(e) L'employeur est débiteur des primes et s'engage à verser ces primes.

Date N° de décompte AVS

Timbre et signature de l'entreprise

Original à SWICA.
Copie à employeur, employé(e).



412f/G.2025