

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

STANDARD FAVORIT SANTE Centre de santé santémed / 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.-

Nom Prénom

Date de naissance Sexe M F

Domicile:

Rue/N° NPA/Lieu

Date d'entrée (= début de l'assurance) Jour Mois Année

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.

Timbre et signature de l'entreprise

Date

N° de décompte AVS

Original à SWICA Copie à employeur, employé(e)

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

STANDARD FAVORIT SANTE Centre de santé santémed / 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.-

Nom Prénom

Date de naissance Sexe M F

Domicile:

Rue/N° NPA/Lieu

Date d'entrée (= début de l'assurance) Jour Mois Année

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.

Timbre et signature de l'entreprise

Date

N° de décompte AVS

Original à SWICA Copie à employeur, employé(e)