

ASSICURAZIONE DELLE CURE MEDICO-SANITARIE PER LAVORATORI STAGIONALI

ANNUNCIO D'ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE COLLETTIVA CURA MEDICA E FARMACEUTICA GASTROSUISSE.

STANDARD	FAVORIT SANTE (Centro della salute santémed/Studio medico partner di SWICA)
FAVORIT MEDICA	FAVORIT CASA (Nome del medico di famiglia, luogo)
FAVORIT TELMED	FAVORIT MEDPHARM

Franchigia a libera scelta fino all'età di 18 anni:	0.-	200.-	400.-	600.-		
Franchigia a libera scelta dall'età di 19 anni:	300.-	500.-	1000.-	1500.-	2000.-	2500.-

DATI PERSONALI E DOMICILIO DELLA PERSONA ASSICURATA

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ (giorno/mese/anno) Sesso _____ maschile _____ femminile _____
Via/n. _____ NPA/Luogo _____
Data d'entrata: _____ (giorno/mese/anno) = inizio dell'assicurazione

Il/la dipendente sopraccitato/a dichiara di non disporre di alcuna assicurazione-malattia conformemente alla LAMal ed autorizza pertanto il proprio datore di lavoro alla conclusione dell'assicurazione cura medica e farmaceutica legale presso la SWICA. Il premio corrispondente sarà dedotto mensilmente dal salario.

Firma del/della dipendente Il datore di lavoro è debitore dei premi e s'impegna a versarli.
Data _____ N. di conteggio AVS

Timbro e firma dell'esercizio

Originale alla SWICA.
Copia al datore di lavoro, dipendente.



ASSICURAZIONE DELLE CURE MEDICO-SANITARIE PER LAVORATORI STAGIONALI

ANNUNCIO D'ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE COLLETTIVA CURA MEDICA E FARMACEUTICA GASTROSUISSE.

STANDARD	FAVORIT SANTE (Centro della salute santémed/Studio medico partner di SWICA)
FAVORIT MEDICA	FAVORIT CASA (Nome del medico di famiglia, luogo)
FAVORIT TELMED	FAVORIT MEDPHARM

Franchigia a libera scelta fino all'età di 18 anni:	0.-	200.-	400.-	600.-		
Franchigia a libera scelta dall'età di 19 anni:	300.-	500.-	1000.-	1500.-	2000.-	2500.-

DATI PERSONALI E DOMICILIO DELLA PERSONA ASSICURATA

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ (giorno/mese/anno) Sesso _____ maschile _____ femminile _____
Via/n. _____ NPA/Luogo _____
Data d'entrata: _____ (giorno/mese/anno) = inizio dell'assicurazione

Il/la dipendente sopraccitato/a dichiara di non disporre di alcuna assicurazione-malattia conformemente alla LAMal ed autorizza pertanto il proprio datore di lavoro alla conclusione dell'assicurazione cura medica e farmaceutica legale presso la SWICA. Il premio corrispondente sarà dedotto mensilmente dal salario.

Firma del/della dipendente Il datore di lavoro è debitore dei premi e s'impegna a versarli.
Data _____ N. di conteggio AVS

Timbro e firma dell'esercizio

Originale alla SWICA.
Copia al datore di lavoro, dipendente.

