

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.-

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Sesso M F

Domicilio dell'assicurato/a: _____

Via/No. _____ NPA/Luogo _____

Data d'entrata (= inizio dell'assicurazione) Giorno Mese Anno

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.

Timbro e firma dell'esercizio

Data _____

No. di conteggio AVS _____

Originale alla SWICA

Copia al datore di lavoro, dipendente

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.-

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Sesso M F

Domicilio dell'assicurato/a: _____

Via/No. _____ NPA/Luogo _____

Data d'entrata (= inizio dell'assicurazione) Giorno Mese Anno

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.

Timbro e firma dell'esercizio

Data _____

No. di conteggio AVS _____

Originale alla SWICA

Copia al datore di lavoro, dipendente