

Anmeldung Kollektivkrankenpflegeversicherung GastroSuisse

Standard	Favorit Santé (santémed Gesundheitszentrum/SWICA-Partnerpraxis)					
Favorit Medica	Favorit Casa (Name Hausarztpraxis, 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.–

Personalien und Wohnort der oder des Versicherten

Name

Vorname

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

Geschlecht

männlich

weiblich

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Stellenantritt per:

(Tag/Monat/Jahr) = Versicherungsbeginn

Die oben erwähnte Arbeitnehmerin oder 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.

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

Unterschrift der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers

Datum AHV-Abrechnungsnummer

Stempel und Unterschrift des Betriebs

Original an SWICA Gesundheitsorganisation.
Kopien an Arbeitgeber, Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer.



412d / 6.2025

Anmeldung Kollektivkrankenpflegeversicherung GastroSuisse

Standard	Favorit Santé (santémed Gesundheitszentrum/SWICA-Partnerpraxis)					
Favorit Medica	Favorit Casa (Name Hausarztpraxis, 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.–

Personalien und Wohnort der oder des Versicherten

Name

Vorname

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

Geschlecht

männlich

weiblich

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Stellenantritt per:

(Tag/Monat/Jahr) = Versicherungsbeginn

Die oben erwähnte Arbeitnehmerin oder 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.

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

Unterschrift der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers

Datum AHV-Abrechnungsnummer

Stempel und Unterschrift des Betriebs

Original an SWICA Gesundheitsorganisation.
Kopien an Arbeitgeber, Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer.



412d / 6.2025