

Annuncio d'adesione all'assicurazione collettiva cura medica e farmaceutica GastroSuisse

Standard	Favorit Santé (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

La/Il dipendente sopraccitato/o 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 SWICA. Il premio corrispondente sarà dedotto mensilmente dal salario.

Il datore di lavoro è debitore dei premi e s'impegna a versarli.

Firma della/del dipendente

Data

N. di conteggio AVS

Timbro e firma dell'esercizio

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



4121/6.2025

Annuncio d'adesione all'assicurazione collettiva cura medica e farmaceutica GastroSuisse

Standard	Favorit Santé (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

La/Il dipendente sopraccitato/o 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 SWICA. Il premio corrispondente sarà dedotto mensilmente dal salario.

Il datore di lavoro è debitore dei premi e s'impegna a versarli.

Firma della/del dipendente

Data

N. di conteggio AVS

Timbro e firma dell'esercizio

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



4121/6.2025