

DEMANDE D'ADMISSION / ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Application for admission / Complementary health insurance

VALABLE DÈS LE / VALID AS OF

ID GPAFI

PERSONNE ASSURÉE / INSURANCE HOLDER

Assuré principal / Primary insured

Conjoint / Spouse

Enfant / Child

Sexe / Gender

Masculin / Male

Féminin / Female

Nom / Family name

Prénom / First name

Date de naissance / Date of birth

Nom de l'assuré principal / Name of the primary insured

Adresse / Address

Rue, N° / Street, No

Code postal, ville / Postcode, town

Pays / Country

Tél. / Tel.

E-mail / E-mail

Nom de l'organisation / Name of the organization

Nom de l'assurance maladie de l'organisation /
Name of the organization's health insurance

Date d'affiliation à l'assurance maladie de l'organisation /
Date of affiliation to the organization's health insurance

Langue de correspondance / Language of correspondence

Français / French

Anglais / English

Les pièces suivantes doivent obligatoirement être jointes à la demande d'admission :

The followings documents must be attached to the application for admission:

- Une copie d'une pièce d'identité valable (carte d'identité, passeport, carte de légitimation)
A copy of a valid identity document (ID, Passport, Legitimation card)
- En raison des nouvelles exigences des banques et afin de faciliter les remboursements, une copie d'un relevé d'identité bancaire, mentionnant les codes IBAN et BIC/SWIFT, ainsi que le nom du titulaire du compte
Due to new requirements of banks and to facilitate reimbursement, a copy of the account information, showing the IBAN and BIC/SWIFT codes, and the name of the account holder

PRIME MENSUELLE / MONTHLY PREMIUM

CHF

Réduction éventuelle / Possible discount

10% pour affiliation immédiate / 10% for immediate membership
50% pour 3ème enfant ou suivant / 50% for 3rd child or next

Date

Signature