

Assurance externe volontaire

Ce formulaire est à remplir par l'employeur et la personne assurée.

Employeur Lieu/Canton
N° d'entreprise Plan
Délai d'attente Catégorie
 indépendant employé

Identité de la personne assurée

Nom Prénom
Rue/N° NPA/Lieu
Date de naissance N° d'ass. sociale
Téléphone (pendant la journée) E-mail

Sexe

féminin masculin

Langue

allemand français italien

Etat civil

célibataire marié(e) depuis divorcé(e) depuis veuf/veuve
 partenariat enregistré depuis
 partenariat dissous judiciairement depuis par décès

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14