

Bitte in Blockschrift ausfüllen
 Veuillez remplir en capitales
 Please use capital letters

AHV Nummer
 Numéro AVS
 Swiss Social Security Nr

Name	Vorname
Nom	Prénom
Lastname	Firstname

Geburtsdatum	Zivilstand
Date de naissance	Etat civil
Birth date	Marital status

Geschlecht / Sexe / Gender

weiblich / féminin / female	männlich / masculin / male	sonstiges / autre / other
-----------------------------	----------------------------	---------------------------

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)
 Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)
 Lastname and firstname of legal tutor (for children)

Adresse
 Adresse
 Address

Tel. (privat)	Tel. (Handy)
Tél. (privé)	Tél. (portable)
Tel. (private)	Tel. (mobile)

Email

Nationalität
 Nationalité
 Citizenship

Beruf	Arbeitgeber
Profession	Employeur
Occupation	Employer

Nächste Angehörige
 Plus proche parent
 Closest relative

Hausarzt / -ärztin	Empfohlen von
Médecin de famille	Recommandé par
Family doctor	Referred by

Krankenkasse / Versicherung	Sektion / Mitglied Nr.
Caisse de maladie / assurance	Section / No. d'assuré
Health insurance	Section / Member ID

Zusatzversicherung / Assurance complémentaire / Complementary health cover

Datum	Unterschrift
Date	Signature
Date	Signature