

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Veillez remplir en capitales

Please use capital letters

AHV Nummer

Numéro AVS

Swiss Social Security Nr

Name

Nom

Lastname

Vorname

Prénom

Firstname

Geburtsdatum

Date de naissance

Birth date

Zivilstand

Etat civil

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)

Tél. (privé)

Tel. (private)

Tel. (Handy)

Tél. (portable)

Tel. (mobile)

Email

Nationalität

Nationalité

Citizenship

Beruf

Profession

Occupation

Arbeitgeber

Employeur

Employer

Nächste Angehörige

Plus proche parent

Closest relative

Hausarzt / -ärztin

Médecin de famille

Family doctor

Empfohlen von

Recommandé par

Referred by

Krankenkasse / Versicherung

Caisse de maladie / assurance

Health insurance

Sektion / Mitglied Nr.

Section / No. d'assuré

Section / Member ID

Zusatzversicherung / Assurance complémentaire / Complementary health cover

Datum

Date

Date

Unterschrift

Signature

Signature