

Bitte in Blockschrift ausfüllen Veuillez 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