



Formulaire Caisse maladie pour retraités BSI
(pour la confirmation des données relatives à l'adhésion aux Caisses maladie conventionnées avec la Banque)

- Remplir le formulaire et l'envoyer par poste à Marilena Staffieri – Administration Ressources Humaines, Via Peri 23, 6900Lugano;
- Le formulaire certifié et signé par les Ressources Humaines vous sera retourné par poste;
- En remettant le présent formulaire auprès de la Caisse maladie conventionnée, le retraité, le conjoint/concubin et les enfants à charges pourront bénéficier des rabais sur les prestations complémentaires dérivantes au contrat collectif.

Rabais sur les couvertures complémentaires pour le retraité assuré

Monsieur Madame

NOP(laisser en blanc)

Nom Nom de jeune fille

Prénom Date de naissance

Adresse

État civil depuis le

Caisse maladie: Avanex Helsana Intras (CSS) Sanitas ÖKK

BSI SA confirme l'exhaustivité et l'exactitude des données susmentionnées

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur:



Formulaire Caisse maladie pour retraités BSI
(pour la confirmation des données relatives à l'adhésion aux Caisses maladie conventionnées avec la Banque)

Nom et prénom du retraité:

Rabais sur les couvertures complémentaires pour le conjoint/concubin assuré

Conjoint Concubin

Nom Nom de jeune fille

Prénom Date de naissance

En cas de concubinage remettre à la Banque attestation/déclaration de la part de la Commune de domicile.

Caisse maladie: Avanex Helsana Intras (CSS) Sanitas ÖKK

BSI SA confirme l'exhaustivité et l'exactitude des données susmentionnées

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur:



Formulaire Caisse maladie pour retraités BSI
(pour la confirmation des données relatives à l'adhésion aux Caisses maladie conventionnées avec la Banque)

Nom et prénom du retraité:

N.B.: si les enfants à charge sont assurés auprès de plusieurs caisses, remplir un formulaire pour chaque Caisse maladie

<i>Rabais sur les couvertures complémentaires pour les enfants assurés (pour les enfants à charge jusqu'au 31.12 de l'année du 25ème anniversaire)</i>				
Nom	Date de naissance			
Prénom	Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
<u>Caisse maladie:</u>	Avanex <input type="checkbox"/>	Helsana <input type="checkbox"/>	Intras (CSS) <input type="checkbox"/>	Sanitas <input type="checkbox"/> ÖKK <input type="checkbox"/>
Nom	Date de naissance			
Prénom	Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
<u>Caisse maladie:</u>	Avanex <input type="checkbox"/>	Helsana <input type="checkbox"/>	Intras (CSS) <input type="checkbox"/>	Sanitas <input type="checkbox"/> ÖKK <input type="checkbox"/>
Nom	Date de naissance			
Prénom	Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
<u>Caisse maladie:</u>	Avanex <input type="checkbox"/>	Helsana <input type="checkbox"/>	Intras (CSS) <input type="checkbox"/>	Sanitas <input type="checkbox"/> ÖKK <input type="checkbox"/>
Nom	Date de naissance			
Prénom	Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
<u>Caisse maladie:</u>	Avanex <input type="checkbox"/>	Helsana <input type="checkbox"/>	Intras (CSS) <input type="checkbox"/>	Sanitas <input type="checkbox"/> ÖKK <input type="checkbox"/>

BSI SA confirme l'exhaustivité et l'exactitude des données susmentionnées

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur: