INSELGRUPPE

Formulaire d’enregistrement administratif

Données pour l’admission administrative

Nom / Prénom	
Nom de naissance	
Sexe	
Date de naissance	
Langue	
Nationalité	
Rue	
NPA / localité	
Numéro de téléphone	
E-mail	
Profession	
État civil	
Commune de domicile légal	
Employeur: Nom / Prénom	
Adresse de l’employeur	
Assurance de base	
Numéro AVS	
Numéro de carte d’assuré(e)	
Date d’expiration	
Assurance complémentaire	
Assurance-accidents	
Date de l’accident	
Office AI	
Numéro de décision AI	
Numéro d’infirmité congénitale	
Date et signature	

Veuillez renvoyer le formulaire rempli à :
Insel Gruppe AG, Patientenmanagement Aufnahmen, Haus 6 D, 3010 Bern