

Interner Kassenwechsel

Anfrage interner Kassenwechsel

Vermittlernummer / Ref : _____

Kundennummer : _____

Vorname / Name : _____

Ich möchte meine obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der
_____ kündigen per

Und mich ab dem _____ anmelden bei _____

Versicherungsmodell : _____

Erstbehandelnder Arzt (wenn nötig) : _____

	Erwachsene	Kinder
Jahresfranchise	<input type="checkbox"/> CHF 300.-	<input type="checkbox"/> CHF 0.-
Jahresfranchise	<input type="checkbox"/> CHF 500.-	<input type="checkbox"/> CHF 100.-
Jahresfranchise	<input type="checkbox"/> CHF 1'000.-	<input type="checkbox"/> CHF 200.-
Jahresfranchise	<input type="checkbox"/> CHF 1'500.-	<input type="checkbox"/> CHF 300.-
Jahresfranchise	<input type="checkbox"/> CHF 2'000.-	<input type="checkbox"/> CHF 400.-
Jahresfranchise	<input type="checkbox"/> CHF 2'500.-	<input type="checkbox"/> CHF 500.-
		<input type="checkbox"/> CHF 600.-

Unfallrisiko Mit Ohne

Ort und Datum :

Unterschrift: