

INFORMATIONEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG.

VERTRAGSKONTAKT

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

VERSICHERTE PERSON

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

PRODUKTE MIT MEHRFACHVERSICHERUNG

Zutreffende Produkte bitte ankreuzen (☒):

COMPLETA TOP/COMPLETA FORTE

HOSPITA ALLGEMEIN

HOSPITA PRIVAT

OPTIMA

HOSPITA FLEX HALBPRIVAT

HOSPITA PRIVAT WELTWEIT (Best/Med)

INFORTUNA HEILUNGSKOSTEN

HOSPITA HALBPRIVAT

DENTA

HOSPITA FLEX PRIVAT

DAUER DER MEHRFACHVERSICHERUNG

Von:

Bis:

VERSICHERER

Bereits versichert bei:

Betroffene Produkte (fakultativ):

Ich/Wir wurde/n vor Abschluss des/der Versicherungsantrags/anträge über nachfolgende Punkte ausführlich beraten/informiert und nehme/n diese zur Kenntnis bzw. bin/sind damit vollständig einverstanden:

Ich/Wir habe/n von der doppelten Deckung infolge Mehrfachversicherung Kenntnis erhalten und sind damit einverstanden.

Ich/Wir wurde/n über die Zusatzprämie für den mehrfach versicherten Zeitraum informiert.

Die Mehrprämie beträgt gemäss den aktuell gültigen Tarifen total CHF
(Der Betrag für die Zusatzprämie wird durch die Beraterin/den Berater ausgefüllt.)

Ich/Wir habe/n bzw. werde/n sämtliche betroffenen Versicherungsunternehmen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, über die Mehrfachversicherung informiert/informieren.

EINVERSTÄNDNIS ZUR MEHRFACHVERSICHERUNG

Ich/Wir bzw. der gesetzliche Vertreter habe/n bzw. hat vom Inhalt dieser Information betreffend die Mehrfachversicherung Kenntnis genommen und bin/sind bzw. ist damit einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift Vertragskontakt

Unterschrift versicherte Person

Name/Unterschrift Berater/in

365 TAGE IM JAHR RUND UM DIE UHR FÜR SIE DA.

Telefon 0800 80 90 80 / swica.ch

