

A-Post

Betreffende Person

Vorname:
Name:
Geburtsdatum:
Vers-Nr.:
Adresse:
PLZ, Ort:

Mutationsformular

Wir bitten Sie, dieses Formular mit den gewünschten Änderungen ausgefüllt und unterzeichnet an uns zurückzusenden.

Inkasso

Neues Bank-/ Postkonto: IBAN _____

Inkasso: monatlich alle 2 Monate pro Quartal halbjährlich jährlich LSV

Policen- oder Familientrennung/-zusammenführung

Zusammenführung mit: Trennung von: Übertritt in neue Familie:
Vorname: _____ Name: _____ Versicherungs-Nr.: _____
Unterschrift der obgenannten Person: _____

Versicherungsmodell in der Grundversicherung

Medica (Freie Arztwahl)
 Medicasa (Hausarztmodell) Hausarzt: _____
 Telmed (telefonische Beratung durch Medgate)

Anpassung Jahresfranchise

Varianten: 300 500 1000 1500 2000 2500

Unfalldeckung

Unfalldeckung einschliessen Unfalldeckung ausschliessen

Adresse/Vertriebsprofil ändern

Neue Adresse/Ort: _____ neues Profil: _____
 Neue Email: _____
 Neue Tel./Natel: _____

Versicherungsprodukt abschliessen

PRS (Patienten-Rechtsschutzversicherung)
 UTI (Unfalltod- und Invaliditäts-Risiko-Versicherung)
Versicherungssumme Tod CHF _____ Invalidität CHF _____
 Übertritt von Ospita in die neue sodalis Spitalversicherung

Versicherungsprodukt kündigen

Sana/Sana Plus sodalis Spitalversicherung Ospita/Ospita Plus
 UTI Denta PRS
 Moneta KTI

Bemerkungen _____

Mutation gültig ab: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____