

Übertrittsformular

Treten Sie jetzt schnell und einfach von Ospita in die neue, leistungsstarke sodalis Spitalversicherung über!

Ich wünsche auf den nächstmöglichen Termin:

Personalien	Übertritt sodalis Spitalversicherung	Änderung/ Neuantrag sodalis Spitalversicherung
Name, Vorname _____	<input type="checkbox"/> gleiche Deckungsstufe	<input type="checkbox"/> sodalis flex <input type="checkbox"/> sodalis allgemein <input type="checkbox"/> sodalis halbprivat <input type="checkbox"/> sodalis privat
Geburtsdatum _____		
Datum, Unterschrift (gesetzlicher Vertreter) _____		
Name, Vorname _____	<input type="checkbox"/> gleiche Deckungsstufe	<input type="checkbox"/> sodalis flex <input type="checkbox"/> sodalis allgemein <input type="checkbox"/> sodalis halbprivat <input type="checkbox"/> sodalis privat
Geburtsdatum _____		
Datum, Unterschrift (gesetzlicher Vertreter) _____		
Name, Vorname _____	<input type="checkbox"/> gleiche Deckungsstufe	<input type="checkbox"/> sodalis flex <input type="checkbox"/> sodalis allgemein <input type="checkbox"/> sodalis halbprivat <input type="checkbox"/> sodalis privat
Geburtsdatum _____		
Datum, Unterschrift (gesetzlicher Vertreter) _____		
Name, Vorname _____	<input type="checkbox"/> gleiche Deckungsstufe	<input type="checkbox"/> sodalis flex <input type="checkbox"/> sodalis allgemein <input type="checkbox"/> sodalis halbprivat <input type="checkbox"/> sodalis privat
Geburtsdatum _____		
Datum, Unterschrift (gesetzlicher Vertreter) _____		

Übertrittsformular bitte senden an:

sodalis Visp, Balfrinstrasse 15, 3930 Visp oder an die Geschäftsstelle in Ihrer Nähe. Mit meiner Unterschrift auf diesem Antragsformular bestätige ich, dass ich die meiner Deckung entsprechenden AVBs gelesen habe und mit diesen einverstanden bin. Sämtliche AVBs finden Sie auf www.sodalis.ch unter der Rubrik «Downloads». Gern können Sie diese auch bei uns anfordern.