

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: _____

➔ Neues Familienoberhaupt bei Familienzusammenführung: _____

Versicherungsmodell in der Grundversicherung

☐ Medica (Freie Arztwahl)

☐ Medica (Hausarztmodell) Hausarzt: _____

☐ Telmed (telefonische Beratung)

☐ Digimed (digitales Modell, App-Zugang)

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 (Vertragslaufzeit 3 Jahre ab Übertrittsdatum)

Versicherungsprodukt kündigen

☐ Sana/Sana Plus

☐ sodalis Spitalversicherung

☐ Ospita/Ospita Plus

☐ UTI

☐ Denta

☐ PRS

☐ Moneta

☐ KTI

Bemerkungen _____

Mutation gültig ab: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____