

Tragen Sie Ihren Absender

ein:Versicherten-Nr.

Vorname, Name

Tragen Sie die Adresse Ihrer Krankenversicherung ein:

Strasse, Nr.

EINSCHREIBEN

PLZ, Wohnort

Name der Krankenversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Bitte Ort, Datum eintragen

Bitte kreuzen Sie an:

- Beitritt Hausarzt-Modell**
- Aenderung Franchise**
- Ausschluss Unfalldeckung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Per 01.01.2006 möchte ich oben angekreuztem Modell beitreten. Die Versicherungsdeckung bleibt sonst unverändert. Bitte nehmen Sie die entsprechenden Anpassungen an meiner Police vor.

Besten Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Vergessen Sie Ihre Unterschrift nicht!