
Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Versicherten-Nummer

EINSCHREIBEN

Name der Krankenversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

- Beitritt zu**
- Hausarzt-Modell**
 - HMO-Modell**
 - Telefonische medizinische Beratung**
 - Bonus-Modell**

Sehr geehrte Damen und Herren

Per 01.01. _____ 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.

Freundliche Grüße

Unterschrift Vorname, Name