

vita surselva
Postfach 217
7130 Ilanz

Änderungsantrag Hausarztmodell

Versicherungsnummer:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich wünsche die obligatorische Krankenpflegeversicherung „BASIS“ in das Hausarztmodell „SPARMED“ umzuwandeln:

Hausarzt
Name/Ort

Beginn:

Die antragstellende Person ist mit den Allgemeinen Zusatzbedingungen für die Hausarztversicherung SPARMED einverstanden.

Ort/ Datum

Unterschrift der/s Antragsteller/s bzw.
des gesetzlichen Vertreters