

vita surselva
Postfach 44
7130 Ilanz

Änderungsantrag Franchise

Versicherungsnummer:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich wünsche die gewählte Franchise in der oblig. Krankenpflegeversicherung wie folgt zu ändern

Kinder

- CHF 0.00
- CHF 100.00
- CHF 200.00
- CHF 300.00
- CHF 400.00
- CHF 500.00
- CHF 600.00

Erwachsene

- CHF 300.00
- CHF 500.00
- CHF 1'000.00
- CHF 1'500.00
- CHF 2'000.00
- CHF 2'500.00

Ort/ Datum

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