

Ich interessiere mich für die Kollektiv-Lösungen und wünsche eine unverbindliche Offerte.

Ich habe bereits eine Krankenversicherung bei: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_ Ablaufdatum: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum: _____
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Hausnummer: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Land: _____	Nationalität(en): _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

Dieses Angebot möchten ich und die nachstehenden Personen im gleichen Haushalt nutzen (Familienangehörige, Lebenspartner/in):

Name, Vorname _____ (Ich)	Geburtsdatum _____	Gewünschte Franchise* _____	Unfalldeckung einschliessen
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\* Folgende Franchisen sind wählbar (in CHF):

Erwachsene: 300, 500, 1000, 1500, 2000 oder 2500  
Kinder: 0, 100, 200, 300, 400, 500 oder 600

### Grundversicherung

Modell:  Freie Arztwahl  Telefonmodell  
 HMO  Hausarztmodell, Arzt: \_\_\_\_\_

### Zusatzversicherung

Alternativ-/Komplementärmedizin  Ambulante Krankenpflegezusätze (z.B. Fitnesscenter, Brillen, Auslanddeckung)  
 Freiwillige Spitalzusatzversicherung  
 Allgemein ganze Schweiz  Privat (Ein-Bett-Zimmer, freie Arztwahl)  
 Halbprivat (Zwei-Bett-Zimmer, freie Arztwahl)  Sparmodell (flexible Spitalabteilungswahl mit Selbstbehalt)



▶ Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und schicken Sie es uns mit einer Kopie Ihrer aktuellen Versicherungspolice(n) und der aktuellen Prämienrechnung(en):

**VZ VersicherungsZentrum AG**  
Gotthardstrasse 6  
8002 Zürich  
Telefon: +41 (0)44 207 20 20  
E-Mail: versicherung@vzch.com

Datum:

