Kollektiv-Lösungen
Krankenkasse

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

☐ Ich habe bereits eine Krankenversicherung bei: _____

Policen-Nr.: _____ Ablaufdatum: _____

Persönliche Daten

Anrede: ☐ Herr ☐ 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	Geburtsdatum	Gewünschte Franchise*	Unfalldeckung einschliessen
(Ich)			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ 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
☐ HMO
☐ Telefonmodell
☐ Hausarztmodell, Arzt: _____

Zusatzversicherung

☐ Alternativ-/Komplementärmedizin und Gesundheitsprävention
☐ Ambulante Krankenpflegezusätze (z.B. Brillen/Kontaktlinsen, Auslanddeckung, erweiterte Medikamentenliste)
☐ Freiwillige Spitalzusatzversicherung
- ☐ Allgemein ganze Schweiz
- ☐ Halbprivat (Zwei-Bett-Zimmer, freie Arztwahl)
- ☐ Privat (Ein-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:

Name: Vorname: