

Versicherten Nr.
Vorname, Name
Strasse, Nr.
PLZ, Wohnort

EINSCHREIBEN
Name der Krankenkasse
Strasse, Nr.
PLZ, Ort

Änderung Alternatives Versicherungsmodell

Sehr geehrte Damen und Herren

Per _____ möchte ich dem angekreuzten Modell beitreten. Die Versicherungsdeckung bleibt sonst unverändert. Bitte nehmen Sie die entsprechenden Anpassungen an meiner Police vor.

Beitritt zu:

Meine Wahl:	Modell:	Mein Hausarzt:
<input type="checkbox"/>	Hausarzt-Model	
<input type="checkbox"/>	HMO-Model	
<input type="checkbox"/>	Telefon-Model	
<input type="checkbox"/>	Bonus-Model	
<input type="checkbox"/>	Standard	

Besten Dank für Ihre Bemühungen.

freundlichen Grüßen

Vorname, Name Ort, Datum, Unterschrift