

# Änderungsantrag für den International Health Plan

## 1 Personalien

Kundennummer

Vorname

Name

### Korrespondenzadresse

Strasse, Hausnummer

Zusatzadresse

Postfach

PLZ/Ort

Land

Telefonnummern

Mobile

Geschäft

E-Mail

Privat

## 2 Beginn/Franchise/Prämie

Vertragsbeginn gültig ab

01.01.

Franchisevariante: ambulant CHF 900 / stationär CHF 3000

Monatsprämie (Krankheit und Unfall)

CHF

### Unterschriften (Versicherungen nach VVG)

Ort

Datum

Die beitrete Person oder deren gesetzliche Vertretung

Ort

Datum

Der Vermittler oder Berater

Personennummer VerkaufsberaterIn

Agenturnummer