

# Adress-Vermittlungsformular

für Interessenten einer Grenzgänger Versicherungslösung der Allianz

## 1 Personalien

### 1.1 Zu versichernde Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rahmenvertrag Nr. (7-stellig)	Rahmenvertrag Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beruf	Arbeitgeber	Arbeitsbeginn per
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer (tagsüber)	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 1.2 Ehe-/Lebenspartner

Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Arbeitgeber
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1.3 Kinder

Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2 Angaben Verkaufsberater/In der CSS Versicherung AG (durch CSS Verkaufsberater/In auszufüllen)

Kundennummer (8-stellig)	Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail	Generalagentur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich bin mit der Weitergabe der obigen Daten an das Ärzte Service Center Allianz Freiburg einverstanden. Das Ärzte Service Center Allianz Freiburg sowie die Allianz Private Krankenversicherung AG sind ermächtigt, der CSS Versicherung AG die aus der Vermittlung entstehenden Kundendaten – wie zum Beispiel Daten über Vertragsabwicklung, Deckumfang bekannt zu geben.

### Zu versichernde Person

Ort	Datum	Unterschrift Interessent/In
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift CSS-Verkaufsberater/In
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte ausfüllen und per Email an folgende Adresse senden: [info.grenzgaenger@css.ch](mailto:info.grenzgaenger@css.ch)