

# Änderungsantrag für den International Health Plan



## 1 Personalien

Personennummer

Vorname

Name

### Korrespondenzadresse

Strasse, Hausnummer

Zusatzadresse

Postfach

PLZ/Ort

Land

Telefonnummern

Privat

Mobile

Geschäft

E-Mail

## 2 Beginn/Franchise/Prämie

Vertragsbeginn gültig ab

01. 01.

Franchisenvariante: ambulant CHF 900/stationär CHF 3000

Monatsprämie (Krankheit und Unfall)

CHF

### Unterschrift für die Zusatzversicherungen (VVG)

Ort

Datum

Die antragstellende Person oder deren gesetzliche Vertretung

### Durch die CSS auszufüllen

Ort der Antragsaufnahme

Datum der Antragsaufnahme

Antragsaufnahme durch