

Bei Sanitas sind Sie schneller am Ziel

Dank Ihrem Verband können Sie und im gleichen Haushalt lebende Familienangehörige jetzt von den umfassenden Leistungen im Sanitas Rahmenvertrag profitieren.

Kostenlose Gesundheitsprogramme und Services

- ▶ Gesundheitscoaching
- ▶ Psychische Balance
- ▶ Schwangerschaftsservice

Einfacher Zugang dank Online-Kundenportal und App

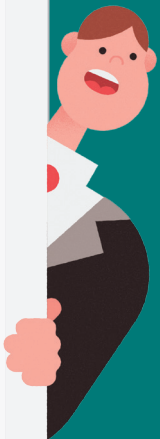
- ▶ Jederzeit den Überblick über Ihre Versicherungsangelegenheiten
- ▶ Rechnungen einfach einscannen und an uns übermitteln
- ▶ Rückvergütung innert 7 Tagen
- ▶ Ihre Versichertenkarte immer dabei

Interessiert? Jetzt Talon ausfüllen und per E-Mail an Sanitas senden

Bei Fragen und für telefonische Offertenbestellungen sind wir gerne für Sie da: **0800 22 88 44**

www.sanitas.com

sanitas



Jetzt wechseln und profitieren

Versicherungsnehmer-/in

Vorname _____ Name _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

E-Mail _____ Telefon _____

Geschlecht m w _____ Geburtsdatum _____

Verband _____

Zu versichernde Personen

Vorname, Name	Geschlecht	Geburtsdatum	Grundversicherung				Zusatzversicherung				Franchise	
			Freie Arztwahl	Hausarzt-/Ärztetzwerk-Modell [Ⓞ]	Ärztliche Erstberatung am Telefon	Unfalldeckung	Ambulant [Ⓞ]	Spital Allgemein	Spital Halbprivat	Spital Privat		Hospital Upgrade [Ⓞ]
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

1 Bitte Name des Hausarztes angeben

Vorname, Name _____

Adresse _____

2 Ambulant

Sehhilfen, Beiträge an Prävention und gesundheitsfördernde Massnahmen, Alternativmedizin, Ambulante Notfallbehandlungen im Ausland.

3 Hospital Upgrade

Die Zusatzversicherung Hospital Upgrade kann nur in Ergänzung zu den Spitalversicherungen Allgemein oder Halbprivat abgeschlossen werden.

4 Jahresfranchisenauswahl

Erwachsene: 300, 500, 1000, 1500, 2000, 2500 | Kinder: 0, 100, 200, 300, 400, 500