

**Krankenkassenbedarf**

(Bitte pro Person ein Formular ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Grundversicherung**

Modell:

- Basis - Grundmodell     Hausarzt/HMO-Praxis Modell     Telemedizin  
 Apotheker-Modell     Kombi Telmed & Apotheker

Bei Hausarzt oder HMO-Modell: Bitte den gewünschten Hausarzt angeben (Name, Adresse)

-----

Gewünschte Franchise: \_\_\_\_\_

Erwachsene: 300.- / 500.- / 1'000.- / 1'500.- / 2'000.- / 2'500.-

Kinder: 0.- / 100.- / 200.- / 300.- / 400.- / 500.- / 600.-

Unfalldeckung     Ja     Nein

**Zusatzversicherung**

Fitness     Ja     Nein    Name Ort, Fitness? \_\_\_\_\_

Brillen /Linsen     Ja     Nein

Alternativmedizin, Komplementärmedizin (z.B. Massage, Akupunktur, TCM)

nicht wichtig     eher wichtig     sehr wichtig

Spital

Allgemeine Abteilung     Halbprivate Abteilung     Private Abteilung

Ausland-Deckung     Ja     Nein

Sonstiges/andere Wünsche:

-----

-----