

## Antwortalon kollektive Krankenversicherung für Mitglieder Swiss Sailing

Herr  Frau

Name: ..... Strasse: .....

Vorname: ..... PLZ/Ort: .....

Mitgliednummer Swiss Sailing: .....

Geburtsdatum: .....

e-mail: ..... Telefon: .....

Mich/uns interessiert ein Angebot der folgenden Krankenkasse(n):

Helsana  SWICA  Visana

➔ Bitte von sämtlichen zu versichernden Personen (inkl. Familienangehörige im gleichen Haushalt) eine Kopie der bisherigen Versicherungsausweise beilegen.

Ich bin/wir sind bereits bei folgender Krankenkasse versichert und möchte/n per nächstmöglichen Termin in den Kollektivvertrag wechseln.

Helsana  SWICA  Visana

Anzahl Personen: .....

*Als Alternative können Sie sich unter Angabe der Kollektivvertragsnummer auch direkt an Ihren Versicherer wenden.*

Datum: ..... Unterschrift: .....

### Eckdaten

Versicherer	Kollektivvertrag	Max. Eintrittsalter
Helsana Gruppe	KN30005569	1 Jahr vor AHV
SWICA	1551199	65 Jahre, Versicherte im AHV Alter werden in der Einzelversicherung weitergeführt
Visana	1.070035.000.2	65 Jahre

*Bitte einsenden oder faxen an:*

Swiss Sailing, c/o solution+benefit gmbh, Bernstrasse 1, Postfach 284, 3280 Murten

Telefon 026 670 74 20 - Fax 026 670 74 22 - info@solution-benefit.ch