

Contrat collectif – Caisse maladie: Assurance de base et assurances complémentaires



Je suis employé(e)
et de m'intéressé(e) à une offre indicative pour de contrat collectif VZ:

- Helsana Progrès Avanex Sansan EGK
 Je suis déjà assuré(e) à la caisse de maladie Helsana/Progrès/Avanex/Sansan/EGK (Numéro d'assuré.: _____)
Je voudrais souscrire au contrat collectif.

Données personnelles

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Sexe _____
Rue _____ NPA/Localité _____
Téléphone (pendant la journée) _____ Email _____

Ces conditions spéciales s'appliquent également aux membres de la famille:

Nom/Prénom _____ Date de naiss. | | | | | | | | | | Signature _____
Nom/Prénom _____ Date de naiss. | | | | | | | | | | Signature _____
Nom/Prénom _____ Date de naiss. | | | | | | | | | | Signature _____
Nom/Prénom _____ Date de naiss. | | | | | | | | | | Signature _____
Nom/Prénom _____ Date de naiss. | | | | | | | | | | Signature _____

L'assurance de base

Franchise en franc suisse:

Adult 300 500 1'000 1'500 2'000 2'500
Enfant 0 100 200 300 400 500 600
Assurance accident: oui non

L'assurance complémentaire

- Médecine alternative Assurances complémentaires pour les soins hospitaliers (centre de fitness, lunettes, protection à l'étranger)
 Assurances complémentaires d'hospitalisation
 division générale en toute la Suisse division privée
 division semi-privée choix flexible de la division

Lieu et date: _____ Signature: _____

Contact

Veuillez compléter le coupon et envoyer à:

Important: Envoyez une copy de
votre police actuelle, svp.

VZ VersicherungsZentrum AG
Beethovenstrasse 24
8002 Zürich

Hotline: 044 207 24 88
Fax: 044 207 24 44
E-Mail: versicherung@vzch.com