

## Versicherungsänderung von SANA, MEDICASA und HMO (KVG)

Wir bitten Sie, alle Fragen genau zu beantworten und das Formular der PROVITA Gesundheitsversicherung AG umgehend zu retournieren. Besten Dank.

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ Familien-Nr. \_\_\_\_\_

### Versicherte Person (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
c/o \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

### Versicherungswechsel von SANA zu MEDICASA

mit Unfall \_\_\_\_\_ Gültig ab 1. \_\_\_\_\_  
 ohne Unfall \_\_\_\_\_ Gültig ab 1. \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass der gewünschte Wechsel auf den 1. eines Monats mindestens 30 Tage im Voraus gemeldet werden muss.

### Versicherungswechsel von MEDICASA zu SANA

mit Unfall \_\_\_\_\_ Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_  
 ohne Unfall \_\_\_\_\_ Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass der gewünschte Wechsel nur auf Beginn eines Kalenderjahres unter Berücksichtigung der 1-monatigen Kündigungsfrist möglich ist.

### Hausarztwechsel MEDICASA

mit Unfall \_\_\_\_\_ Gültig ab 1. \_\_\_\_\_  
 ohne Unfall \_\_\_\_\_ Gültig ab 1. \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Neuer Hausarzt: \_\_\_\_\_

Grund des Wechsels: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der Hausarztwechsel ist nur per 1. 7. oder 1. 1. des Jahres möglich.

---

**Versicherungswechsel von SANA zu HMO**

mit Unfall

Gültig ab 1. \_\_\_\_\_

ohne Unfall

Gültig ab 1. \_\_\_\_\_

Adresse des HMO-Zentrums: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass der gewünschte Wechsel auf den 1. eines Monats mindestens 30 Tage im Voraus gemeldet werden muss.

---

**Versicherungswechsel von HMO zu SANA**

mit Unfall

Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

ohne Unfall

Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass der gewünschte Wechsel nur auf Beginn eines Kalenderjahres unter Berücksichtigung der 1-monatigen Kündigungsfrist möglich ist.

---

**Versicherungswechsel von MEDICASA zu HMO**

mit Unfall

Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

ohne Unfall

Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

Adresse des HMO-Zentrums: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass der gewünschte Wechsel nur auf Beginn eines Kalenderjahres unter Berücksichtigung der 1-monatigen Kündigungsfrist möglich ist.

---

**Versicherungswechsel von HMO zu MEDICASA**

mit Unfall

Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

ohne Unfall

Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass der gewünschte Wechsel nur auf Beginn eines Kalenderjahres unter Berücksichtigung der 1-monatigen Kündigungsfrist möglich ist.

---

**Wechsel HMO-Gesundheitszentrum**

Bisheriges Gesundheitszentrum \_\_\_\_\_

Neues Gesundheitszentrum \_\_\_\_\_

Gültig ab 1. \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie den Wechsel auch Ihrem bisherigen HMO-Zentrum mit.

Begründung: \_\_\_\_\_

---

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

---

**IPROVITA Gesundheitsversicherung AG**

Brunngasse 4  
Postfach  
8401 Winterthur

Tel. 052 260 02 02  
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch  
www.provita.ch

