

## Versicherungsreduktion von CLINICA, PRIMA und DENTA (VVG)

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 \_\_\_\_\_

### CLINICA

- von CLINICA Halbprivat auf CLINICA Allgemein Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_
- von CLINICA Halbprivat auf CLINICA Halbprivat gemäss PROVITA Spitalliste Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_
- von CLINICA Halbprivat auf CLINICA ProFlex Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_
- von CLINICA Halbprivat gemäss PROVITA Spitalliste auf CLINICA ProFlex Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_
- von CLINICA Privat auf CLINICA Halbprivat Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_
- von CLINICA Privat auf CLINICA Halbprivat gemäss PROVITA Spitalliste Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_
- von CLINICA Privat auf CLINICA ProFlex Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_
- von CLINICA Privat auf CLINICA Allgemein Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

### PRIMA

- von PRIMA Top auf PRIMA Basic Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_
- von PRIMA Top auf PRIMA Standard Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

### DENTA

- von DENTA Top auf DENTA Basic Gültig ab 1. Januar \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass eine Versicherungsreduktion nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen kann.**

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_