

Absender/Praxisstempel (inkl. ZSR-Nr.):

Fax-Nr.: 052 260 02 15

Versicherter				Überweisung				
Name/Vorname	Wohnort	Geb. Datum	Vers. Nr.	Datum	an (Name, Vorname, Ort)	Dauer*	Notfall	DU**
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* ohne spezielle Bemerkung gilt die Überweisung für drei Monate

** Dauerüberweisung (gilt für 1 Jahr)

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4 | Tel. 052 260 02 02 | info@provita.ch
 Postfach | Fax 052 260 02 03 | www.provita.ch
 8401 Winterthur

Datum:

Unterschrift: