

Versichertennummer

Adresse Ihrer [CONCORDIA-Aussenstelle](#)

.....
.....
.....
.....

Änderungsformular

Versicherte Person

Vorname, Name Geburtsdatum
Strasse, Nr. Geschlecht weiblich männlich
PLZ, Ort AHV Nummer

Franchiseänderung Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG

Änderung per 01.

Altersgruppe Wählbare Franchise

0 - 18 Jahre

- CHF 0
- CHF 100
- CHF 200
- CHF 300
- CHF 400
- CHF 500
- CHF 600

ab 19 Jahre

- CHF 300
- CHF 500
- CHF 1'000
- CHF 1'500
- CHF 2'000
- CHF 2'500

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise oder in eine andere Versicherungsform ist unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

.....
Ort, Datum

.....
AntragstellerIn oder gesetzliche/r VertreterIn

.....
Aussenstelle

.....
Datum/Unterschrift

.....
Hauptsitz

.....
Datum/Visum

Bitte das vollständig ausgefüllte Formular an Ihre [CONCORDIA-Aussenstelle](#) einsenden.