

# Antwortalon

**medi-benefit**

Eine Dienstleistung Ihres Verbandes

Name: ..... Strasse: .....

Vorname: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

Name des Berufsverbandes: .....

Mich interessiert ein Angebot von EGK Sanitas  
**Bitte** von *sämtlichen Personen im gleichen Haushalt eine Kopie des bisherigen  
Versicherungsausweises beilegen.*

Ich bin/wir sind bereits bei EGK Sanitas  
versichert und will/wollen per nächst möglichem Termin in den Kollektivvertrag  
wechseln. Anzahl Personen: .....

Max. Eintrittsalter: Sanitas AHV – 1 Jahr

Max. Übertrittsalter aus der Einzelversicherung: Sanitas AHV – 1 Jahr

Datum: ..... Unterschrift: .....

*Bitte einsenden an:*

*medi-benefit | c/o solution+benefit gmbh | Bernstrasse 1 | Postfach 284 | 3280 Murten*

*FAX 026 670 74 22 | Telefon 026 670 74 20*