

Beitrittserklärung sumis24Telmed

Versicherungsbeginn

Beginn des sumis24Telmed-Modells: _____

Personen

Ich/wir erklären hiermit den Beitritt zum sumis24Telmed-Modell.

	Vorname	Name	Geb.-Datum	Wohnort
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des sumis24Telmed-Modells habe/n ich/wir gelesen. Deren Inhalt ist mir/uns bekannt und ich/wir haben die Versicherungsbedingungen verstanden.

Ein Wechsel in ein anderes Modell (freie Arztwahl / Hausarztmodell / HMO) ist nur per Ende eines Kalenderjahres möglich, Art. 94 Abs. 2 KVV. Ein Modellwechsel per 01.01. muss jeweils bis am 30. September gemeldet/beantragt werden.

Ort und Datum:

Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters:
