



## Wechsel zu einem anderen Versicherungsmodell

---

### Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel.-Nr \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Der Wechsel von der ordentlichen Krankenpflegeversicherung (inkl. mit wählbarer Franchise) in eine besondere Versicherungsform ist jeweils auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats möglich.

Alle übrigen Modell-Wechsel sind unter Einhaltung der gemäss KVG geltenden Kündigungsfristen jeweils auf den ersten Tag des folgenden Kalenderjahres möglich.

Ich wünsche eine Anpassung des Versicherungsmodells.

**Mutation per:** \_\_\_\_\_

- Gewünschtes Modell:**
- Basis (ordentliches-Modell)
  - AGRI-contact (Telmed-Modell) Nicht möglich für: AR | GE | SZ | VD | VS (Region I)
  - AGRI-smart (Digital-Modell) Nicht möglich für: Prämienregion I (Ausnahme TI)
  - AGRI-eco (Hausarzt-Modell)\*

\*Bei der Wahl von AGRI-eco (Hausarztmodell) ist zwingend der Arzt gemäss [Agrisano-Ärzteliste](#) anzugeben:

**Hausarzt:** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Prämien, Reglemente und Bestimmungen der Agrisano Krankenkasse AG anerkenne. Im Weiteren bestätige ich, ein Exemplar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Agrisano Krankenkasse AG von meinem gewünschten Versicherungsmodell erhalten zu haben.

### Versicherter

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_