



Jetzt
wechseln und
exklusiv von
15% Rabatt
profitieren!

Gemeinsam besser versichert. Mit dem Sanitas Kollektivrabatt.

Gemeinsam sind wir stärker als allein. Das gilt auch für die Gesundheit Ihrer Familie. Deswegen können Sie und im gleichen Haushalt lebende Familienangehörige jetzt dank Ihrem Arbeitgeber bzw. Verband bei Sanitas exklusiv von einem besonderen **Kollektivrabatt auf ausgewählte Zusatzversicherungen** profitieren – von **Beiträgen für Alternativmedizin** oder **Sehhilfen** bis zur privaten **Spitalversicherung**. Und das unabhängig davon, wo Sie Ihre Grundversicherung haben.

Ihre exklusiven Vorteile

- ▶ Bis zu 15% Kollektivrabatt auf ambulante Zusatz- und Spitalversicherungen
- ▶ Im gleichen Haushalt lebende Familienangehörige profitieren mit
- ▶ Zugang zum Online-Kundenportal, exklusiv für Sanitas Versicherte

Interessiert?

Jetzt Talon ausfüllen und per E-Mail an Sanitas senden.

Für Fragen und telefonische Offertbestellungen stehen wir Ihnen unter **+41 (0)800 22 88 44** gerne zur Verfügung.

Jetzt wechseln und profitieren.

Bitte senden Sie mir eine persönliche Offerte

K034200

Ich wünsche eine persönliche Beratung

Zu versichernde Personen	Grundversicherung		Zusatzversicherungen				
	Ja	Nein	Ambulant: Brille/Kontaktlinsen, Alternativmedizin etc.	Spital: Mehrbettzimmer	Spital: Mehrbettzimmer mit Wahl der Spitalabteilung vor Spitaleintritt	Spital: 2-Bett-Zimmer mit Wahl der Spitalabteilung vor Spitaleintritt	Spital: 1-Bett-Zimmer
Name, Vorname [Redacted] Weiblich Männlich Geburtsdatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname [Redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben VersicherungsnehmerIn

Name, Vorname
[Redacted]

Strasse, Nr.
[Redacted]

PLZ Ort
[Redacted] [Redacted]

E-Mail-Adresse Telefon
[Redacted] [Redacted]

Name des Arbeitgebers bzw. Verbandes
[Redacted]