



Adress-Vermittlungsformular

für Interessenten einer Grenzgänger Versicherungslösung der Allianz

1 Personalien

1.1 Zu versichernde Person

| | | |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Vorname | Name | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Strasse/Nr. | PLZ/Ort | Land |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rahmenvertrag Nr. (7-stellig) | Rahmenvertrag Name | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Beruf | Arbeitgeber | Arbeitsbeginn per |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer (tagsüber) | E-Mail | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

1.2 Ehe-/Lebenspartner

| | |
|----------------------|----------------------|
| Vorname | Name |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | Arbeitgeber |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

1.3 Kinder

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Vorname | Name | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname | Name | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2 Angaben Verkaufsberater/In der CSS Versicherung AG (durch CSS Verkaufsberater/In auszufüllen)

| | | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Kundennummer (8-stellig) | Vorname | Name |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer | E-Mail | Generalagentur |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ich bin mit der Weitergabe der obigen Daten an das Ärzte Service Center Allianz Freiburg einverstanden. Das Ärzte Service Center Allianz Freiburg sowie die Allianz Private Krankenversicherung AG sind ermächtigt, der CSS Versicherung AG die aus der Vermittlung entstehenden Kundendaten – wie zum Beispiel Daten über Vertragsabwicklung, Deckumfang bekannt zu geben.

Zu versichernde Person

| | | |
|----------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift Interessent/In |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort | Datum | Unterschrift CSS-Verkaufsberater/In |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Bitte ausfüllen und per Email an folgende Adresse senden: info.grenzgaenger@css.ch