

Vous attendez un service hors pair de votre assurance maladie?

Sanitas offre des formules d'assurance innovantes.
Vous et les membres de votre famille (vivant sous le même toit) pouvez profiter dès maintenant des conditions préférentielles et prestations intégrales qu'offre le contrat-cadre de Sanitas.

Changez aujourd'hui

Si nous avons éveillé votre intérêt, nous nous ferons un plaisir de vous conseiller personnellement. Vous pouvez nous retourner le bulletin dûment rempli et nous vous contacterons dans les jours à venir ou vous transmettrons directement l'offre souhaitée. Vous avez également la possibilité de commander directement votre offre sur sanitas.com/ conseillerspecialise.

Vos avantages:

- Conditions préférentielles grâce au contrat-cadre
- Sanitas Assistance: des conseils dans le monde entier et une aide en cas d'urgences à l'étranger (7j/7, 24h/24)
- Remboursement en l'espace de 7 jours seulement
- Gestion simple: grâce au portail clients de Sanitas et à son appli, vous pouvez scanner vos justificatifs en toute simplicité et procéder vous-même à certaines modifi ations.

Contact

0800 22 88 44 fachberater@sanitas.com sanitas.com/conseillerspecialise

sanitas.com/corporate/fr

Mes besoins en assurances

Assurance de base

(chambre à

plusieurs lits)

Assurance de bas	C		
Libre choix du médecin	Modèle du médecin de famille	Premier conseil médical par téléphone	Modèle du réseau de médecins
Franchise souhaitée	(en CHF)		
Adultes:	300 50	00 1000 150	00 2000 250
Enfants: 0	100 20	00 300 400	500 600
Nom et adresse du mé	édecin de famille:		
	émentaire ambula		
Aides visuelles, médecine alternative, prestations de promotion de la santé	Assurance dentaire	Désir d'enfant	Libre choix du médecin dans le monde entier
Assurance comple	émentaire d'hospi	talisation O Hôpital en	
division générale	division demi-	division privée	

(chambre à 1 lit

et libre choix du

médecin)

privée (chambre

à 2 lits et libre

choix du

médecin)

Informations personnelles

Je désire avoir un entretien-conseil personnalisé. Merci de me contacte	er.
Je souhaite recevoir une offre sans engagement.	
Prénom nom	
Rue	
NPA, lieu	
E-mail	
Téléphone	
Date de naissance	
Employeur / association	
Assureur maladie actuel	
Personnes à assurer	
Prénom nom	\bigcirc m \bigcirc
Date de naissance	
Accident avec sans	
Prénom nom	<u> </u>
Date de naissance	
Accident avec sans	
Prénom nom	
Date de naissance	
Accident avec sans	
Prénom nom	\bigcirc m \bigcirc
Date de naissance	
Accident avec sans	