

Mitglied-Nr.:

Neuaufnahme  Änderung  Vorgeburtliche Anmeldung

## Versicherungsantrag MINICA nach KVG

Angaben zur Person																													
Name	Vorname																												
Zivilstand	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Nationalität*																												
Geburtsdatum	Tel.-Nr. Geschäft																												
Tel.-Nr. Privat	E-Mail																												
Neue Sozialversicherungsnummer (NNSS / ehemalige AHV-Nr.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																													
<b>* Für Ausländer benötigen wir eine Kopie der Aufenthaltsbewilligung</b>																													
Wohnadresse																													
Strasse	Nr.																												
c/o																													
PLZ	Wohnort																												
Adresse für Korrespondenzen und Rechnungen																													
Name	Vorname																												
Strasse	Nr.																												
c/o																													
PLZ	Wohnort																												
Prämienzahlung																													
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> zweimonatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> LSV* (Bank) <input type="checkbox"/> Débit direct (Post)																													
* separates Formular ausfüllen Wichtig: LSV ist nur für Prämienzahlungen möglich und gilt nicht für die Kostenbeteiligung.																													
Zahlungsadresse für Rückerstattung (pro Familie kann nur eine Zahlungsadresse angegeben werden)																													
Bank-, Postcheck-IBAN-Nr. CH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																													
lautend auf Name, Vorname																													
PLZ	Wohnort																												
Obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG																													
Versicherungsbeginn: <input type="text"/>																													
<b>Versicherungsabteilung</b> (Gewünschtes bitte ankreuzen)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Jahresfranchise</th> <th rowspan="2">Altersgruppe</th> <th rowspan="2">Prämie pro Monat</th> </tr> <tr> <th>Erwachsene</th> <th>Kinder</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHF 300.–</td> <td><input type="checkbox"/> CHF 0.–</td> <td rowspan="2"><input type="text"/></td> <td rowspan="2">CHF <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHF 500.–</td> <td><input type="checkbox"/> CHF 200.–</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHF 1000.–</td> <td><input type="checkbox"/> CHF 300.–</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHF 1500.–</td> <td><input type="checkbox"/> CHF 400.–</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHF 2000.–</td> <td><input type="checkbox"/> CHF 500.–</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHF 2500.–</td> <td><input type="checkbox"/> CHF 600.–</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Jahresfranchise		Altersgruppe	Prämie pro Monat	Erwachsene	Kinder	<input type="checkbox"/> CHF 300.–	<input type="checkbox"/> CHF 0.–	<input type="text"/>	CHF <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CHF 500.–	<input type="checkbox"/> CHF 200.–	<input type="checkbox"/> CHF 1000.–	<input type="checkbox"/> CHF 300.–			<input type="checkbox"/> CHF 1500.–	<input type="checkbox"/> CHF 400.–			<input type="checkbox"/> CHF 2000.–	<input type="checkbox"/> CHF 500.–			<input type="checkbox"/> CHF 2500.–	<input type="checkbox"/> CHF 600.–		
Jahresfranchise		Altersgruppe	Prämie pro Monat																										
Erwachsene	Kinder																												
<input type="checkbox"/> CHF 300.–	<input type="checkbox"/> CHF 0.–	<input type="text"/>	CHF <input type="text"/>																										
<input type="checkbox"/> CHF 500.–	<input type="checkbox"/> CHF 200.–																												
<input type="checkbox"/> CHF 1000.–	<input type="checkbox"/> CHF 300.–																												
<input type="checkbox"/> CHF 1500.–	<input type="checkbox"/> CHF 400.–																												
<input type="checkbox"/> CHF 2000.–	<input type="checkbox"/> CHF 500.–																												
<input type="checkbox"/> CHF 2500.–	<input type="checkbox"/> CHF 600.–																												
<input type="checkbox"/> <b>MINICA</b> mit Unfall  <input type="checkbox"/> <b>MINICA</b> ohne Unfall (nur mit UVG Arbeitgeber-Bestätigung möglich)																													
<b>Bisherige Krankenkasse:</b> _____	<b>Mitglied-Nr.:</b> _____ <b>Austrittsdatum:</b> _____																												

Ort und Datum:

Unterschrift des Gesuchstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters: