

Mitglied-Nr.:		
Neuaufnahme	Änderung	Vorgeburtliche Anmeldung

8	ntrag MINICA n					
Angaben zur Person						
Name		Vorname	Vorname			
Zivilstand		Geschlecht	Geschlecht ☐ m ☐ w Nationalität*			
Geburtsdatum		TelNr. Geso	TelNr. Geschäft			
TelNr. Privat		E-Mail	E-Mail			
* Für Ausländer benötigen v	vir eine Kopie der Aufenthalts	sbewilligung				
Walana da san						
Wohnadresse						
Strasse				Nr.		
c/o						
PLZ	Wohnort					
Adresse für Korrespondenz	en und Rechnungen	_	_			
Adresse für Korrespondenz Name Strasse	en und Rechnungen	Vorname	ı,	Nr.		
Name	en und Rechnungen	Vorname	ı	Nr.		
Name Strasse	en und Rechnungen Wohnort	Vorname	ļ	Nr.		
Name Strasse c/o		Vorname		Nr.		
Name Strasse c/o PLZ		Vorname		Nr.		
Name Strasse c/o PLZ Zahlungsmodus	Wohnort					
Name Strasse c/o PLZ Zahlungsmodus monatlich	Wohnort	Vorname  Vorname	☐ halbjährlich	Nr. □ jährlich		
Name Strasse c/o PLZ Zahlungsmodus monatlich LSV* (Bank)	Wohnort  zweimonatlich  Débit direct (Post)					
Name  Strasse  c/o  PLZ  Zahlungsmodus  monatlich  LSV* (Bank)	Wohnort  zweimonatlich  Débit direct (Post)	□ vierteljährlich	☐ halbjährlich			
Name  Strasse  c/o  PLZ  Zahlungsmodus  monatlich  LSV* (Bank)  separates Formular ausfülle	Wohnort  zweimonatlich  Débit direct (Post)	□ vierteljährlich	☐ halbjährlich			
Name  Strasse  c/o  PLZ  Zahlungsmodus  monatlich  LSV* (Bank)  separates Formular ausfülle Wichtig: LSV ist nur für Prä	Wohnort  zweimonatlich  Débit direct (Post) en mienzahlungen möglich und g	□ vierteljährlich gilt nicht für die Kostenbo	□ halbjährlich eteiligung.			
Name  Strasse  c/o  PLZ  Zahlungsmodus  monatlich  LSV* (Bank)  separates Formular ausfülle Wichtig: LSV ist nur für Prä	Wohnort  zweimonatlich  Débit direct (Post) en mienzahlungen möglich und g	□ vierteljährlich gilt nicht für die Kostenbo	□ halbjährlich eteiligung.			

Obligatorische Grundver	rsicherung	; nach Krankenversicherunş	gsgesetz (KVG)				
Versicherungsbeginn:							
☐ MINICA Standard							
MINICA-OPTIMA Hausarztmodell (gemäss GALENOS-Liste) Vorname, Name und Adresse Ihrer/Ihres Hausärztin/Hausarzt* * nur bei MINICA-OPTIMA notwendig							
Mit Unfalldeckung	□ja	nein (bitte Bestätigung in	nkl. Stempel des Arbeitge	ebers beilegen)			
		Erwachsene	Kinder	Prämien monatlich	CHF		
Ordentliche Jahresfranchi	se	☐ CHF 300	CHF 0				
Wählbare Jahresfranchise		☐ CHF 500	CHF 200				
		☐ CHF 1000	☐ CHF 300				
		CHF 1500	CHF 400				
		☐ CHF 2000	☐ CHF 500				
		CHF 2500	☐ CHF 600				
Bisher versichert bei				Austrittsdatum			
Beitrittserklärung Ich erkläre hiermit den Versicherungsantrag wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Ferner bestätige ich den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Ich habe zudem Kenntnis davon genommen, dass die medizinischen Leistungserbringer den Vertrauensärzten/Vertrauensärztinnen der GALENOS Kranken- und Unfallversicherung die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach Artikel 57 KVG notwendigen Angaben liefern müssen, d.h. alle Angaben, welche zur Beurteilung von Fragen der Vergütung und der Tarifanwendung sowie der Überprüfung der Voraussetzungen der Leistungspflicht der GALENOS Kranken- und Unfallversicherung notwendig sind.							
Ort und Datum:			Unterschrift des Ge	suchstellers bzw. des ş	resetzlichen Vertreters:		