

## Versicherungsantrag KVG

Berater/-in / Vermittler/-in	
Name / Vorname	
Nr.	GS-Nr.
1 Versicherungsnehmer/-in	
Familienname	
Vorname	
Strasse / Nr.	
Zusatz / Postfach	
PLZ/Ort	
Politische Gemeinde	
Telefon privat	Telefon Geschäft
Telefon mobil	
Newsletter abonnieren 🔘 ja 💢 nein 💢 E-Mail privat	
Geschlecht O m O w Sprache O d	O f
2 Versicherte Person (wenn nicht Versicherungsnehmer/-in)	
Familienname	
Vorname	
Ausländerausweis	
Geburtsdatum · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Telefon
Geschlecht O m O w E-Mail privat	
Versicherten-Nr.	
Kollektivvertrag mit	
O Neuaufnahme Vorversicherer	
O Änderung	
O Vorgeburtliche Aufnahme, voraussichtlicher Geburtstermin	
3 Prämienzahler/-in	
Adresse (nur Angaben ausfüllen, die nicht mit denjenigen des / der Versicherungs	nehmers/-in ühereinstimmen \
Familienname	
Vorname	
Strasse / Nr.	
Zusatz / Postfach PLZ / Ort	
Telefon privat	Telefon mobil
Geschlecht Om Ow E-Mail privat	releioirmobil
Zahlungsmodalitäten	
Rechnungsstellung	
	h O halbjährlich (Skonto 1 %) O jährlich (Skonto 2 %)
Zahlungsverkehr Postkonto-Nr.	
Name der Bank	
IBAN	
Konto-Nr.	Clearing-Nr.
PLZ / Ort (Filiale)	Oceanity IV.
Gewünschte Art der Zahlung der Prämienrechnung sowie der Rechnu	_
<ul> <li>LSV (direkte Belastung durch die Bank) *</li></ul>	c)* Rechnung / Einzahlungsschein
BILLE I OTTINIAL LOV / DEDIT DIFECT AUSTULIEIT	



Versicherte Person					
Familienname		Vorname			
Geburtsdatum		vomanie			
4 Grundversicherung nach Krankenversiche	rungsgesetz ( KVG )				
Versicherungsbeginn	en aus Ihrer Krankenversicherung	offen?	O ja O nein		
Sind bei Ihnen zurzeit Mahnungen oder Betreibungen aus Ihrer Krankenversicherung offen? ja onein  Gemäss Artikel 64a KVG kann der Krankenversicherer nicht gewechselt werden, wenn beim aktuellen					
Versicherer noch Prämien, Kostenbeteiligungen, Zinsen oder Betreibungskosten offen sind.					
O Toradiki anadia Wanaiahanuna					
<ul><li>Traditionelle Versicherung</li><li>Managed Care</li><li>Praxis/Hausarzt:</li></ul>					
O Med Direct	Name				
O Combi Care	Vorname				
O Tel Doc Str	rasse / Nr.				
	PLZ/Ort				
Unfall					
O mit Unfall O ohne Unfall (mehr als 8 Std. pro Woche beim gleiche	an Arbaitachar angastalltund agosit IIV	Cuaraiahart a D hai dar	CLIVA )		
Onne Onali (menrals 8 Std. pro woche beim gleiche	en Arbeitgeber angestellt und somit UVI	3-versichert, z.B. bei der	SUVA)		
Jahresfranchise					
Kinder	Jugendliche / Erwa				
OCHF 0 OCHF 100 OCHF		O CHF 500	O CHF 1000		
○ CHF 300 ○ CHF 400 ○ CHF CHF 600	500 O CHF 1500	O CHF 2000	O CHF 2500		
OHF 600		Total Monatsprä	imie KVG CHF		
				_	
O Prämien vorbehältlich Genehmigung BAG (Bun	ndesamt für Gesundheit)				
Prämiengrundlage: Prämien des Jahres 20					
O Bitte beachten Sie, dass das vorliegende Angebot auf den Prämienbasiert.					
Die definitiven Prämien für das Jahr werden Ihnen mittels Police im Herbst mitgeteilt.					
5 Erklärung und Unterschriften					
Der/die Unterzeichnende erklärt, – einen Antrag auf Aufnahme in die obligatorische	Krankenpflegeversicherung nach	KVG (Bundesgesetz i	über die Krankenversic	herung)	
gestellt zu haben;  – die Allgemeinen Vertragsbedingungen ( AVB ) für die beantragten Versicherungen erhalten zu haben und diese anzuerkennen.					
- davon Kenntnis genommen zu haben, dass Personen mit Wohnsitz Schweiz grundsätzlich der Versicherungspflicht nach KVG unterstehen					
(Art. 1 Abs 1 KVV)  – davon Kenntnis genommen zu haben, dass Personen, die sich ausschliesslich zur ärztlichen Behandlung oder zur Kur in der Schweiz					
aufhalten, nicht der Versicherungspflicht unterstehen (Art 2 Abs. 1 lit. b KVV) – davon Kenntnis genommen zu haben, dass unrechtmässige Leistungen zurückerstattet werden müssen (Art. 25 ATSG)					
Ort / Datum Unterschrift der zu versichernden Person bzw. des / der gesetzlichen			Stempel und Unterschrift Berater/-in / Vermittler/-in		
	Vertreters / Vertreterin		Code:		