

## 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 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | E-Mail privat |                         |                         |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geschlecht            | <input type="radio"/> m  | <input type="radio"/> w    | Sprache       | <input type="radio"/> d | <input type="radio"/> f |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 2 Versicherte Person (wenn nicht Versicherungsnehmer/-in)

|                                                                                |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Familienname                                                                   |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorname                                                                        |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ausländerausweis                                                               |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geburtsdatum                                                                   |                         |                         |               |  |  |  |  |  | Telefon |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geschlecht                                                                     | <input type="radio"/> m | <input type="radio"/> w | E-Mail privat |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Versicherten-Nr.                                                               |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kollektivvertrag mit                                                           |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> Neuaufnahme                                              |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> Änderung                                                 |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="radio"/> Vorgeburtliche Aufnahme, voraussichtlicher Geburtstermin |                         |                         |               |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 3 Prämienzahler/-in

**Adresse** (nur Angaben ausfüllen, die nicht mit denjenigen des / der Versicherungsnehmers/-in übereinstimmen)

|                   |                         |                         |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|---------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Familienname      |                         |                         |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vorname           |                         |                         |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Strasse / Nr.     |                         |                         |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zusatz / Postfach |                         |                         |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PLZ / Ort         |                         |                         |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefon privat    |                         |                         |               |  |  |  |  |  | Telefon mobil |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geschlecht        | <input type="radio"/> m | <input type="radio"/> w | E-Mail privat |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### Zahlungsmodalitäten

##### Rechnungsstellung

- ☐ monatlich
 ☐ zweimonatlich
 ☐ vierteljährlich
 ☐ halbjährlich (Skonto 1 %)
 ☐ jährlich (Skonto 2 %)

##### Zahlungsverkehr

|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Postkonto-Nr.       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Name der Bank       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Konto-Nr.           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Clearing-Nr. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PLZ / Ort (Filiale) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### Gewünschte Art der Zahlung der Prämienrechnung sowie der Rechnung für die Kostenbeteiligung

- ☐ LSV (direkte Belastung durch die Bank) \*
 ☐ Debit Direct (Post) \*
 ☐ Rechnung / Einzahlungsschein

\* Bitte Formular LSV / Debit Direct ausfüllen

## V-782-KVG - 12.2020