

Versicherungsantrag KVG

Ihr Berater

Name _____ Vorname _____
 Neuaufnahme Änderung Vorgeburtliche Anmeldung

Angaben zur Person

Name _____ Vorname _____
 Zivilstand _____ Geschlecht m w Nationalität* _____
 Geburtsdatum _____ Tel. Nr. Privat _____
 E-Mail _____ Tel. Nr. Geschäft _____

* Für Ausländer benötigen wir eine Kopie der Aufenthaltsbewilligung

Wohnadresse

Strasse _____ Nummer _____
 c/o _____ Postfach _____
 PLZ _____ Ort _____

Adresse für Korrespondenz, Prämienrechnungen und Leistungsabrechnungen

Name _____ Vorname _____
 Strasse _____ Nummer _____
 c/o _____ Postfach _____
 PLZ _____ Ort _____

Prämienzahlung

monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich** jährlich***
 ESR LSV (Bank)* sep. Formular Débit Direct (Post)* sep. Formular

*Lastschriftverfahren auch für Kostenbeteiligung

Ja Nein

**1% Skonto

***2% Skonto

Der Skonto kann jederzeit angepasst werden

Zahlungsadresse für Rückerstattungen (pro Familie kann nur eine Zahlungsadresse angegeben werden)

Bank IBAN _____ Postcheck-Konto _____
 Lautend auf _____ Name _____ Vorname _____
 PLZ _____ Ort _____

Obligatorische Krankenversicherung nach KVG

Versicherungsbeginn	Geburtsstermin		Prämie pro Monat	
Versicherungsvariante (Gewünschtes ankreuzen)	Jahresfranchise Erwachsene	Kinder	Unfall	CHF _____
<input checked="" type="checkbox"/> freie Arztwahl	<input type="checkbox"/> CHF 300.00	<input type="checkbox"/> CHF 0.00	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> CHF 500.00	<input type="checkbox"/> CHF 100.00		
<input checked="" type="checkbox"/> SLKK-TelCare (telefonische Erstkonsultation)	<input type="checkbox"/> CHF 1'000.00	<input type="checkbox"/> CHF 200.00	<input type="checkbox"/> Nein*	
	<input type="checkbox"/> CHF 1'500.00	<input type="checkbox"/> CHF 300.00		
	<input type="checkbox"/> CHF 2'000.00	<input type="checkbox"/> CHF 400.00		
	<input type="checkbox"/> CHF 2'500.00	<input type="checkbox"/> CHF 500.00		
		<input type="checkbox"/> CHF 600.00		

* Formular Ausschluss der Unfalldeckung zwingend beilegen

Bisherige Krankenkasse _____

Ort und Datum _____

Unterschrift des Antragstellers, resp. des gesetzlichen Vertreters _____