

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 <input type="radio"/> i

2 Versicherte Person	
Familienname	
Vorname	
Ausländerausweis	
Geburtsdatum	Telefon
Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
E-Mail privat	
Visana-Versicherten-Nr.	
<input type="radio"/> Neuaufnahme	Vorversicherer
<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 Geschäft
Telefon mobil	
Geschlecht	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
E-Mail privat	
Zahlungsmodalitäten	
Rechnungsstellung	
<input type="radio"/> monatlich	<input type="radio"/> zweimonatlich
<input type="radio"/> vierteljährlich	<input type="radio"/> halbjährlich (Skonto 1%)
<input type="radio"/> 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	
<input type="radio"/> LSV (direkte Belastung durch die Bank)*	<input type="radio"/> Debit Direct (Post)*
<input type="radio"/> Rechnung/Einzahlungsschein	
*Bitte Formular LSV/Debit Direct ausfüllen	

Versicherte Person

Familienname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		

4 Grundversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Versicherungsbeginn 0 1 . .

Sind bei Ihnen zurzeit Mahnungen oder Betreibungen aus Ihrer Krankenversicherung offen? ja nein

Gemäss Artikel 64a KVG kann der Krankenversicherer nicht gewechselt werden, wenn beim aktuellen Versicherer noch Prämien, Kostenbeteiligungen, Zinsen oder Betreibungskosten offen sind.

Versicherer: Visana AG sana24 AG vivacare AG Galenos AG

Traditionelle Versicherung

Managed Care: HMO Praxis

Managed Care: HAM Hausarzt: Name

Tel Doc Vorname

Med Call Strasse/Nr.

Med Direct PLZ/Ort

Tel Care

Bonus

Unfall

mit Unfall

ohne Unfall (mehr als 8 Std. pro Woche beim gleichen Arbeitgeber angestellt und somit UVG-versichert, z. B. bei der SUVA)

Jahresfranchise			Jugendliche/ Erwachsene		
<input type="radio"/> CHF 0.–	<input type="radio"/> CHF 100.–	<input type="radio"/> CHF 200.–	<input type="radio"/> CHF 300.–	<input type="radio"/> CHF 500.–	<input type="radio"/> CHF 1000.–
<input type="radio"/> CHF 300.–	<input type="radio"/> CHF 400.–	<input type="radio"/> CHF 500.–	<input type="radio"/> CHF 1500.–	<input type="radio"/> CHF 2000.–	<input type="radio"/> CHF 2500.–
<input type="radio"/> CHF 600.–					
Total Monatsprämie KVG					<input style="border: 2px solid black;" type="text"/> CHF

Prämien vorbehaltlich Genehmigung BAG (Bundesamt für Gesundheit)
Prämiengrundlage: Prämien des Jahres 20 ____

Bitte beachten Sie, dass das vorliegende Angebot auf den Prämien _____ basiert.
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 über die Krankenversicherung) 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 Vertreters/Vertreterin	Stempel und Unterschrift Berater/-in/Vermittler/-in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Code: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>