

Versicherungsantrag

- Neukunde
 Bestehender Kunde
 Vorgeburtliche Anmeldung
 BILAS (Bilaterale Verträge CH/EU)

Personalien Antragsteller

Name, Vorname Berater

Berater-Nr.

Versicherten-Nr.

Name, Vorname

c/o

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon P

Telefon G

Mobile

Telefax

E-Mail

 männlich weiblich

Geburtsdatum

Zivilstand

Land

Nationalität

Familienvorstand / Familienoberhaupt des Vertrages

Name, Vorname

c/o

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Zuständig für Prämienabrechnungen

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Adresse

Bank-/Postverbindung für Rückerstattungen

Name Bank

Adresse

Konto-Nr.

Clearing-Nr.

IBAN-Nr.

Inkassorhythmus für die Begleichung der Prämien

 1-monatlich¹ 2-monatlich 3-monatlich 6-monatlich (Skonto 0.4 %) 12-monatlich (Skonto 1 %)

Zahlungsmittel

 Lastschriftverfahren Bank (LSV)² Debit Direct Post (DD)² E-Rechnung³ Einzahlungsscheine (ESR)

Zuständig für Leistungsabrechnungen

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Adresse

Bank-/Postverbindung für Rückerstattungen

Name Bank

Adresse

Konto-Nr.

Clearing-Nr.

IBAN-Nr.

Angaben für Grenzgänger (BILAS)

Firmenname (Arbeitgeber)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Kundenzeitschrift

Sprache

 D F I

Newsletter E-Mail-Adresse

¹ Der Prämienbetrag muss im Total höher sein als CHF 50.00

² Das Belastungsermächtigungsformular erhalten Sie separat.

³ Online zu beantragen auf dem E-Banking Portal Ihrer Bank bzw. E-Finance der PostFinance.

Versicherungsangebot Krankenpflegeversicherung KVG

Gewünschter Versicherungsbeginn Tag Monat Jahr

Prämienangebot für das Jahr 20 ____

Krankenpflegeversicherung (KVG)

Prämie
CHF

- BASIS – Obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Unfall
- Ordentliche Jahresfranchise Erwachsene CHF 300.–, Kinder CHF 0.–
- Wählbare Jahresfranchise Erwachsene CHF 500.– CHF 1000.– CHF 1500.–
 CHF 2000.– CHF 2500.–
- Wählbare Jahresfranchise Kinder CHF 500.–
- PREMED-24 HMO HAV Name Modell: _____
- BeneFit _____

Bei HAV/Benefit

Name, Vorname Hausarzt _____

Adresse _____

Total Monatsprämie brutto KVG

CHF

Fragen zum bisherigen /anderen Versicherer

Name Krankenversicherer _____

Ort (Filiale) _____

Versicherten-Nr. _____

Austritt per _____

Zuzug aus dem Ausland (Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen)

Ich beantrage den Abschluss der aufgeführten Versicherungen (Versicherungsangebot).

Ich bestätige, vor Einreichung dieses Antrages die Versicherungsbedingungen (AVB/ZVB/VB) erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum _____

Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter _____

Unterschrift allfälliger Berater _____

Ort und Datum _____

Unterschrift Prämienzahler⁴ _____

Leistungsempfänger⁴ _____

Ort und Datum _____

Unterschrift allfälliger Übersetzer _____

⁴ sofern nicht mit Antragsteller identisch