



Obligatorische Krankenversicherung

Antrag auf Versicherungsabschluss

Bitte ergänzen sie das Formular mit Kugelschreiber

1. Personalien

Name: _____ Staatszugehörigkeit: _____
Vorname: _____ Für Neuzuzüger: in der Schweiz angemeldet seit: _____
Adresszusatz: _____ Für AusländerInnen: Aufenthaltsbewilligung: _____
Strasse: _____ **(Kopie beilegen)**
PLZ/Ort: _____ Für KurzaufenthalterInnen: Ausreisedatum: _____
Tel./Mobile: _____ ArbeitgeberIn: _____
E-Mail: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Fam.-Hauptpolice/VersicherungsnehmerIn: _____
Geschlecht: männl. weibl.

2. Zahlungsverkehr

Prämienrechnungen:
Zahlungsart: 1-mtl. 2-mtl. 3-mtl. 6-mtl. jährl. LSV DD Papierrechnung
(separate Ermächtigung)
Konto für Rückerstattungen:
Konto-Nr. : _____ Post Bank, Name: _____
oder Ort: _____
IBAN: CH

3. Versicherungen:

3.1 Nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Basis)

Jahresfranchise:

Erwachsene / Jugendliche: 300.-- 500.-- 1000.-- 1500.-- 2000.-- 2500.--

Kinder: 0.-- 100.-- 200.-- 300.-- 400.-- 500.-- 600.--

mit Unfall

ohne Unfall
(nur mit entspr. Nachweis des Arbeitgebers möglich)

4. Andere Versicherungen:

Waren Sie bis jetzt bei einem anderen Krankenversicherer versichert? ja nein

Name und Adresse der Krankenkasse: _____

Bisherige Franchise: _____

5. Versicherungsbeginn:

Der Beitritt erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Krankenkasse oder Versicherung.

Beginn per:

Ort & Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer, gesetzliche VertreterIn)

Bitte senden Sie das Formular **vollständig ausgefüllt** an die Kranken- & Unfallkasse Einsiedeln zurück.

Wird von der Versicherung ausgefüllt:
Versicherten-Nr.
Eingang:
Bearbeiter:

Monatsprämie in Fr.
