

## Versicherungsantrag Medica nach KVG

**Neuantrag per** \_\_\_\_\_  **Versicherungsänderung per** \_\_\_\_\_

Vorgeburtliche Anmeldung  Familienoberhaupt: \_\_\_\_\_

Versicherungs-/Kollektivnummer: \_\_\_\_\_  Retour an MA \_\_\_\_\_

### Mitgliederdaten

Versicherungsnehmer  Versicherte Person  M  F

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Von Koll. in Einzel / vorheriger Betrieb:  
(Vereinbarungen gem. Art. 63 KVG, Art. 102 KVV) \_\_\_\_\_

Abschluss ohne Permis / Wiedereintritt vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Abschluss Permis L / Wiedereintritt vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Beziehen Sie eine Rente im Ausland:  Ja  Nein

Begünstigtenadresse (nur falls Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch!) **Permis:**  B  C  L  CH

Auslandadresse: \_\_\_\_\_

### Zahlungsverkehr

Zahlungsart:  Einzahlungsschein  LSV  DD  EBPP

Inkassoperiode:  jährlich  halbjährlich  vierteljährlich  zweimonatlich  monatlich

Bankverbindung/Name und Adresse: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ PC-Nummer: \_\_\_\_\_

### Beantragte Versicherungen

<input type="checkbox"/> Medica nach KVG	<input type="checkbox"/> Medicasa	<b>Monatsprämie</b>   <b>Fr.</b> _____
<input type="checkbox"/> Telmed	<input type="checkbox"/> gewählter Hausarzt: _____	
Franchise: Erwachsene	<input type="checkbox"/> 300.- <input type="checkbox"/> 500.- <input type="checkbox"/> 1000.- <input type="checkbox"/> 1500.- <input type="checkbox"/> 2000.- <input type="checkbox"/> 2500.-	
Kinder	<input type="checkbox"/> 0.- <input type="checkbox"/> 100.- <input type="checkbox"/> 200.- <input type="checkbox"/> 300.- <input type="checkbox"/> 400.- <input type="checkbox"/> 500.-	
	<input type="checkbox"/> mit Unfall <input type="checkbox"/> ohne Unfall	
Für Kurzaufenthalter gemäss KVV 103, Abs. 5	<input type="checkbox"/> Krankenscheinpauschale (3-mtl.) ab dem 19. Altersjahr CHF 250.-	

**Vorversicherer:** Ihr aktueller Krankenversicherer (inkl. Adresse) \_\_\_\_\_

### Sind Sie bei einem Versicherer gegen Unfall versichert?

Arbeitgeber  nur Berufsunfälle  für Berufs- & Freizeitunfälle

private Versicherung (Name und Adresse) \_\_\_\_\_

**Information:** Gemäss Art. 64a Abs. 4 KVG können Versicherte, die Ihre Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt haben, den Versicherer nicht wechseln.

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Gesuchstellers  
bzw. des gesetzlichen Vertreters**

**Datum/Unterschrift Sachbearbeiter**