



KRANKENKASSE STOFFEL MELS

Bahnhofstrasse 63
Postfach 122
CH-8887 Mels
Tel. 081 723 56 09
Tel. 081 723 76 59
Fax 081 723 76 55
info@kkstoffel.ch
www.kkstoffel.ch

Versicherungsantrag KVG

- Neuantrag
 Antrag mit Hausarztssystem
 Vorgeburtliche Anmeldung

Versicherungsbeginn:

Zu versichernde Person

Vorname:
Name:
Strasse/Nr.:
Adresszusatz:
PLZ/Ort:
Land:
E-Mail:
Telefon (P):
Telefon (G):

Geschlecht: m w
Geburtsdatum:
Nationalität:

Gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit der zu versichernden Person)

Vorname/Name:
Strasse/Nr.:
PLZ/Ort:
Land:

Prämienzahlung

Zahlungsmodus: monatlich zweimonatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich
Zahlungsart: Lastschriftverfahren der Bank (LSV)
 Debit Direct der Post (DD)
 Einzahlungsschein (ESR)

Wenn schon ein Mitglied Ihrer Familie bei uns versichert ist:

Vorname/Name:
Versicherungsnummer:
Wünschen Sie eine gemeinsame Prämienrechnung? ja nein

Leistungsvergütungen

Vergütungsart: Überweisung auf Bankkonto
 Überweisung auf Postcheckkonto

Bankverbindung / Postcheckkonto

IBAN-Nr.:

Postcheckkonto-Nummer:

Versicherungsdeckung

Versicherung KVG	Leistungsbeschreibung		Prämie CHF / Monat
	Franchise CHF	Erwachsene	Kinder
		<input type="checkbox"/> 300.–	<input type="checkbox"/> 0.–
	Wählbare	<input type="checkbox"/> 500.–	<input type="checkbox"/> 100.–
		<input type="checkbox"/> 1000.–	<input type="checkbox"/> 200.–
		<input type="checkbox"/> 1500.–	<input type="checkbox"/> 300.–
		<input type="checkbox"/> 2000.–	<input type="checkbox"/> 400.–
		<input type="checkbox"/> 2500.–	<input type="checkbox"/> 500.–
	<input type="checkbox"/> mit Unfall	<input type="checkbox"/> ohne Unfall	
	<input type="checkbox"/> mit Hausarztssystem:		
	Dr. _____		

Prämientotal in CHF

Angaben zum bisherigen Versicherer

Sind Sie bereits oder waren Sie bei der Krankenkasse KKS versichert? ja nein

Sind Sie bereits oder waren Sie bei einer anderen Krankenkasse versichert? ja nein

Bei welcher Krankenkasse waren Sie zuletzt versichert?
Genau Bezeichnung oder Policenkopie beilegen

Eintrittsdatum:

Austrittsdatum:

Bemerkungen bzw. Präzisierungen:

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und dass auch nicht eigenhändig niedergeschriebene Antworten genau meinen Angaben entsprechen.

Ich anerkenne die allgemeinen Versicherungsbedingungen und deren Erhalt.

Ort und Datum

Versicherungsberater

Unterschrift der zu versichernden Person oder des gesetzlichen Vertreters