



Antrag Obligatorische Krankenpflegeversicherung

| | | | |
|---------------------|---|--|---|
| Name | _____ | Konto-Nr. (IBAN / PC) | _____ |
| Vorname | _____ | Bank / Ort | _____ |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich | | _____ |
| Adresse | _____ | Zahlungsart | <input type="checkbox"/> 1-monatlich |
| PLZ / Ort | _____ | | <input type="checkbox"/> 2-monatlich |
| Telefon | _____ | | <input type="checkbox"/> vierteljährlich |
| E-Mail Adresse | _____ | | <input type="checkbox"/> halbjährlich (0,5% Skonto) |
| Politische Gemeinde | _____ | | <input type="checkbox"/> jährlich (1% Skonto) |
| Geburtsdatum | _____ | Einreise vom Ausland am: | _____ |
| Prämienzahler/in | _____ | Kopie der Aufenthalts- oder Kurzaufenthaltsbewilligung beilegen. | |

KVG-Versicherung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

- Heilungskosten BASIS
 Telmed AGRI-contact
Hausarztversicherung AGRI-eco gemäss Ärzteliste der Krankenkasse Agrisano
Hausarzt (Name, Vorname, Ort): _____

Bei welcher Krankenkasse waren Sie bisher versichert?

Krankenkasse _____

Ich bin durch meinen Arbeitgeber gegen Unfälle* versichert.

* Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Unfallversicherungsgesetz vom 20. März 1981 (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der/Die Versicherte bestätigt, dass er/sie durch den Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert ist. Dies ist der Fall, wenn er/sie mindestens 8 Stunden pro Woche beim selben Arbeitgeber tätig ist.

| | | |
|-----------|--------------|---------------------|
| Franchise | Monatsprämie | Versicherungsbeginn |
|-----------|--------------|---------------------|

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Prämien, Reglemente und Bestimmungen der Agrisano Krankenkasse AG anerkenne. Im weiteren bestätige ich, ein Exemplar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Agrisano Krankenkasse AG erhalten zu haben.

Ist der Versicherungsbeginn im Folgejahr oder später, sind Prämienanpassungen im Rahmen des ordentlichen Verfahrens vorbehalten. Ebenso können Prämienanpassungen aufgrund einer neuen Alterskategorie erfolgen.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der antragstellenden Person oder des gesetzlichen Vertreters: _____

Wir bitten Sie, uns das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben per Post zurückzusenden.