

Versicherungsantrag Medica nach KVG

Neuantrag per: _____ Versicherungsänderung per: _____

Familienoberhaupt: _____

Mitgliederdaten

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Natel: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____

e-Mail: _____ Nationalität: _____

Zahlungsverkehr

Einzahlungsschein jährlich halbjährlich vierteljährlich
 LSV Dauerauftrag jährlich halbjährlich vierteljährlich zweimonatlich monatlich

Bankverbindung/Name und Adresse der Bank: _____

IBAN: _____ PC-Nummer: _____

Beantragte Versicherungen

Medica Medicasa: Hausarzt: _____ Telmed

Franchise: Erwachsene 300.- 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.-
Kinder 0.- 200.- 300.- 400.-
 mit Unfall ohne Unfall

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
