

## 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**

\_\_\_\_\_