

Antrag auf  Versicherungsabschluss

## 1. Personalien

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

Vorname: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Steuerdomizil: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ In der Schweiz gemeldet seit: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbewilligung Kat.: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ (nur für Ausländer/Ausländerinnen, **Kopie beilegen**)

männlich  weiblich

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Wird von der  
Krankenkasse  
ausgefüllt:

Eingang:

Familien-Hauptpolice/Familienvorstand (Name, Vorname, Geburtsdatum)

### Mitgliedschaft zur Genossenschaft Krankenkasse Elm

Die Mitgliedschaft zur Genossenschaft muss ausdrücklich beantragt werden. Mitglieder haben das Recht auf die Teilnahme an der Hauptversammlung und die damit verbundenen Geschäfte:

Ich beantrage die Genossenschafts-Mitgliedschaft  ja  nein

## 2. Versicherungen nach KVG (Grundlagen: Gesetz, Verordnungen, AVB, Statuten)

### 2.1 Krankenpflegeversicherung nach KVG

- OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG KVG
- inkl. Unfalldeckung
- exkl. Unfalldeckung (nur mit entsprechendem Nachweis des Arbeitgebers möglich)

Jahresfranchise:

Erwachsene + Jugendliche  300.—  500.—  1000.—  1500.—  2000.—  2500.—

Kinder (bis vollendetem 18. Altersjahr)  0.—  300.—  400.—  500.—  600.—

Monatsprä-  
mie in Fr.

### 3. Zahlungsverkehr

Zahlungsadresse  Rechnung (ESR)  LSV (Bank)  DD (Post)  E-Rechnung

Bank/Adresse \_\_\_\_\_

Konto-Nummer \_\_\_\_\_

Konto-Inhaber \_\_\_\_\_

Postcheck-Inhaber \_\_\_\_\_

Prämien-Zahlungsart  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  
(1% Skonto) (2% Skonto)

### 4. Andere Versicherungen

#### 4.1 Bisherige Krankenpflegeversicherung

Waren Sie bis jetzt bei einem anderen Krankenversicherer versichert?  ja  nein

Name und Adresse der Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. Versicherungsbeginn

Der Beitritt erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Krankenkasse oder Versicherung.

Beginn per:

### 6. Antrag

Ort/Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer, gesetzliche Vertreterin)

Bitte senden Sie das Formular **vollständig ausgefüllt** an die Krankenkasse Elm zurück.