Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln
Bezirkskrankenkasse

Hauptstrasse 61
Postfach 57
8840 Einsiedeln

Telefon 055 412 23 18
Telefax 055 412 88 34
www.kkeinsiedeln.ch

Obligatorische Krankenversicherung

Antrag auf Versicherungsabschluss

Bitte ergänzen sie das Formular mit Kugelschreiber

Wird von der Versicherung ausgefüllt:

Versicheten-Nr.

Eingang:

Bearbeiter:

1. Personalien

Name: _____ Staatszugehörigkeit: _____

Vorname: _____ Für Neuzuzüger: in der Schweiz angemeldet seit: _____

Adresszusatz: _____ Für AusländerInnen: Aufenthaltsbewilligung: _____
(Kopie beilegen)

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ Für KurzaufenthalterInnen: Ausreisedatum: _____

Tel./Mobile: _____ ArbeitgberIn: _____

E-Mail: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Fam.-Hauptpolice/VersicherunsnehmerIn:

Geschlecht: ☐ männl. ☐ weibl. _____

2. Zahlungsverkehr

Prämienrechnungen:

Zahlungsart: ☐ 1-mtl. ☐ 2-mtl. ☐ 3-mtl. ☐ 6-mtl. ☐ jährl. ☐ LSV ☐ DD (separate Ermächtigung) ☐ Dauerauftrag

Konto für Rückerstattungen:

☐ Post ☐ Bank, Name: _____ Ort: _____

IBAN: C H ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

3. Versicherungen:

Monatsprämie in Fr.

3.1 Nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

☐ Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Basis)

Jahresfranchise:

Erwachsene / Jugendliche: ☐ 300.-- ☐ 500.-- ☐ 1000.-- ☐ 1500.-- ☐ 2000.-- ☐ 2500.--

Kinder: ☐ 100.-- ☐ 200.-- ☐ 300.-- ☐ 400.-- ☐ 500.-- ☐ 600.--

☐ mit Unfall ☐ ohne Unfall
(nur mit entspr. Nachweis des Arbeitgebers möglich)

4. Andere Versicherungen:

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

Name und Adresse der Krankenkasse: _____

Bisherige Franchise: _____

5. Versicherungsbeginn:

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

Beginn per: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Ort & Datum _____

Unterschrift (Versicherungsnehmer, gesetzliche VertreterIn) _____

Bitte senden Sie das Formular **vollständig ausgefüllt** an die Kranken- & Unfallkasse Einsiedeln zurück.