



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
Politische Gemeinde	_____		<input type="checkbox"/> halbjährlich
Geburtsdatum	_____		<input type="checkbox"/> jährlich
Prämienzahler/in	_____	Einreise vom Ausland am:	_____

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.
Der Unfallausschluss ist mit separater Bestätigung zu beantragen.

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.