

## OBLIGATORISCHE KRANKENVERSICHERUNG NACH KVG

Antrag auf  **Versicherungsabschluss**  **Versicherungsänderung**

### 1. Personalien

Name: \_\_\_\_\_ In der Schweiz angemeldet seit: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbewilligung Kat.: \_\_\_\_\_  
 Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon Privat: \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Zivilstand: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Familien-Hauptpolice (Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

Wird von der  
Versicherung  
ausgefüllt.

Eingang:

Versicherten-Nr.

Familien-Nr.

### 2. Versicherungen nach KVG

#### 2.1 Krankenpflegeversicherung nach KVG

- Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG  
 Hausarztversicherung valcasa Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 inkl. Unfaldeckung  exkl. Unfaldeckung (Arbeitgebernachweis)

Jahresfranchise:

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

Kinder  0.--  100.--  200.--  300.--  400.--  500.--  600.--

Monatsprämie

### 3. Zahlungsverkehr

Zahlungs-/Gutschriftsadresse  LSV (Bank)  DD (Post)  Rechnung (ESR)

Bankadresse: \_\_\_\_\_

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

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

Prämien-Zahlungsart  monatlich  zweimonatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

### 4. Zahlungsverzug

Gerät ein Versicherter mit der Zahlung der ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung in Verzug und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt, ruht die Anspruchsberechtigung, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Mahn- und Umtriebsspesen, allfällige Verzugszinsen und Betreibungskosten vollständig bezahlt sind. Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zu Lasten des Versicherten.

sanavals kann bis zur Einleitung eines Fortsetzungsbegehrens ihre Leistungen mit fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen verrechnen. Dem Versicherten steht diese Möglichkeit nicht zu.

### 5. Andere Versicherungen

#### 5.1 Bisherige Krankenpflegeversicherung

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

Name und Adresse der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Zuzug aus dem Ausland  ja  nein

Sind Sie der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG unterstellt?  ja  nein

Name und Adresse Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### 6. Versicherungsbeginn

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

Versicherungsbeginn per: \_\_\_\_\_

### 7. Antrag

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der sanavals Gesundheitskasse, Haus Isis, Postfach 18, 7132 Vals.

Ort/Datum

Unterschrift (bei minderjährigen, gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_