

## VERSICHERUNGS - ANTRAG KVG

### Mutationsgrund

- Neuaufnahme  Wiedereintritt  
 Vorgeburtliche Anmeldung  Aenderung

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

Familien-Nr:  
Versicherten-Nr:  
Kollektivvertrags-Nr:

### Persönliche Angaben

Sprache: \_\_\_\_\_

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

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

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Telefon (Privat): \_\_\_\_\_

Telefon (Geschäft): \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Zusatzzeile: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Bewilligung (Kopie Ausländerausweis beilegen): \_\_\_\_\_

Gegenwärtige Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Enddatum bestehende Versicherung: \_\_\_\_\_

Arbeitsverhältnis: \_\_\_\_\_

**A B C F G L N**

- Selbständig**  **Teilzeit, weniger als 8 Std.**  
 **Andere**

### PrämienzahlerIn (sofern es sich um eine andere Person handelt als die versicherte Person)

- Gesetzliche/r Vertreter/in**  **Beistand**  **Vormund**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### Zahlungsverkehr

Rückvergütungen sind zu überweisen an \_\_\_\_\_

Zahlungsintervall \_\_\_\_\_

Zahlungsart \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Bank Name \_\_\_\_\_

Clearing-Nr. \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

- Bankkonto**  **Postkonto**  
 **Monatlich**  **2-monatlich**  
 **3-monatlich**  **Halbjährlich 1% Skonto**  
 **Jährlich 2% Skonto**

- ESR (Einzahlungsschein)**  **LSV (Lastschrift der Banken)\***  
 **Direct Debit (Lastschrift der Post)\*\***

IBAN \_\_\_\_\_

\* = bitte separate Belastungsermächtigung ausfüllen

\*\* = Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Kolping Krankenkasse AG bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Gelben Konto zu belasten. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen, ab Versand des Kontodokuments, schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

# Versicherungsdeckung KVG

		Krankheit	Krankheit und Unfall	monatliche Prämien
<b>BASIS</b> <b>Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG)</b> Region: .....				
	gesetzliche Minimalfranchise	frei wählbare Franchise		
Erwachsene	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Jugendliche	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Kinder	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Unfalldeckung Die versicherte Person bestätigt, dass sie obligatorisch für Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) gedeckt ist. Eine Änderung dieser Tatsache teilt sie der Kolping Krankenkasse AG innerhalb 30 Tagen nach Eintreten mit. (KVG Art. 8, UVG Art. 1a, UVV Art. 13)				
<b>HAS Hausarztmodell</b> <b>Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG)</b> Region: .....				
Hausarzt: ..... Strasse: ..... PLZ/Ort: ..... KSK. Nr.: .....				
	gesetzliche Minimalfranchise	frei wählbare Franchise		
Erwachsene	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Jugendliche	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Kinder	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Unfalldeckung Die versicherte Person bestätigt, dass sie obligatorisch für Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) gedeckt ist. Eine Änderung dieser Tatsache teilt sie der Kolping Krankenkasse AG innerhalb 30 Tagen nach Eintreten mit. (KVG Art. 8, UVG Art. 1a, UVV Art. 13)				
<b>HMO Health Maintenance Organization</b> <b>Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG)</b> Region: .....				
HMO Zentrum .....				
	gesetzliche Minimalfranchise	frei wählbare Franchise		
Erwachsene	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Jugendliche	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Kinder	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....		
Unfalldeckung Die versicherte Person bestätigt, dass sie obligatorisch für Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) gedeckt ist. Eine Änderung dieser Tatsache teilt sie der Kolping Krankenkasse AG innerhalb 30 Tagen nach Eintreten mit. (KVG Art. 8, UVG Art. 1a, UVV Art. 13)				

## Erklärung und Unterschrift

Der/die Unterzeichnende erklärt:

- Vorliegend einen Antrag zu einer Versicherung nach KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) gestellt zu haben.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. ergänzende Bestimmungen für die beantragten Versicherungen zur Kenntnis genommen zu haben und deren zukünftigen Änderungen anzuerkennen.

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der zu versichernden Person bzw. des/r gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Ihr Berater / Unterschrift

\_\_\_\_\_