

**Antrag**

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
Staatszugehörigkeit _____		<input type="checkbox"/> jährlich
Geburtsdatum _____	angemeldet seit	_____
Prämienzahler/In _____	Aufenthaltsbewilligung /	_____
_____	Status	_____
	Ausreisedatum	_____
	(Kopie der Aufenthalts- oder Kurzaufenthaltsbewilligung beilegen)	

**KVG-Versicherungen**

**Obligatorische Krankenpflegeversicherung**

- Heilungskosten BASIS
  - Hausarztversicherung AGRI-eco gemäss Ärzteliste der Krankenkasse Agrisano
- Hausarzt (Name, Vorname, Ort): \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse waren Sie bisher versichert? Wie hoch war Ihre Franchise?

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Franchise? \_\_\_\_\_

- Ich bin durch meinen Arbeitgeber gegen Unfälle versichert?  
Der Unfallausschluss ist mit separater Bestätigung zu beantragen.

Besitzen Sie eine andere Unfallversicherung? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Franchise	Monatsprämie	Versicherungsbeginn
-----------	--------------	---------------------

\_\_\_\_\_

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Reglemente und Prämien der Agrisano Krankenkasse AG anerkenne. Für die gemäss Krankenversicherungsgesetz notwendigen Auskünfte entbinde ich Ärzte, übrige Medizinalpersonen, Heilanstalten, Vorversicherer und andere Versicherungsträger von der Schweigepflicht. Ich erteile der Agrisano Krankenkasse AG die Ermächtigung zur Bearbeitung der notwendigen Daten. 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.

Ort, Datum, Unterschrift der antragstellenden Person oder des gesetzlichen Vertreters:

\_\_\_\_\_