



## 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
E-Mail Adresse	_____		<input type="checkbox"/> halbjährlich (0,5% Skonto)
Politische Gemeinde	_____		<input type="checkbox"/> jährlich (1% Skonto)
Geburtsdatum	_____	Einreise vom Ausland am:	_____
Prämienzahler/in	_____	Kopie der Aufenthalts- oder Kurzaufenthaltsbewilligung beilegen.	

### KVG-Versicherung

#### Obligatorische Krankenpflegeversicherung

- Heilungskosten BASIS
- Telmed AGRI-contact Nicht möglich für: AR | GE | SZ | VD | VS (Region I) AGRI-AGRI-smart Nicht möglich für: Prämienregion I (Ausnahme TI)
- Hausarztversicherung AGRI-eco gemäss Ärzteliste der Krankenkasse A

Hausarzt (Name, Vorname, Ort):

Bei welcher Krankenkasse waren Sie bisher versichert?  
Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ich bin durch meinen Arbeitgeber gegen Unfälle\* versichert.

\* Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Unfallversicherungsgesetz vom 20. März 1981 (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der/Die Versicherte bestätigt, dass er/sie durch den Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert ist. Dies ist der Fall, wenn er/sie mindestens 8 Stunden pro Woche beim selben Arbeitgeber tätig ist.

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.