

Versicherungsantrag

<input type="checkbox"/> Neuaufnahme per:	<input type="checkbox"/> Austritt per:
Bisher versichert bei:	Neu versichert bei:
<input type="checkbox"/> Vermittler:	<input type="checkbox"/> Vorgeburtliche Anmeldung
Mitglieder-Nr.:	Datum/Visum SachbearbeiterIn:
Familien-Nr.:	Familienoberhaupt:
Personalien	Kollektiv-Vertrag-Nr.:
Familienname:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Vorname:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden
Geburtsdatum:	Staatszugehörigkeit:
Tel. Privat:	Art der Tätigkeit/Beruf:
Tel. Geschäft:	Arbeitgeber:
Tel. Mobil:	Adresse:
E-Mail:	PLZ/Ort:

Zustelladresse (falls abweichend von Wohnadresse)

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

PLZ/Ort:

Wohnadresse

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

PLZ/Ort:

Zahlungsverkehr

<input type="checkbox"/> Prämienzahler Mitglied	<input type="checkbox"/> Prämienzahler Arbeitgeber
<input type="checkbox"/> Prämienzahler:	<input type="checkbox"/> Verzicht auf monatliche Rechnung bei LSV-Zahlung
<input type="checkbox"/> Zahlungsart: LSV*	<input type="checkbox"/> Verzicht auf monatliche Rechnung bei DD-Zahlung
<input type="checkbox"/> Zahlungsart: DD*	
<input type="checkbox"/> Zahlungsart: Einzahlungsschein monatlich	

Name der Bank:	Postcheckkonto-Nr.:
IBAN:	KontoinhaberIn:
BIC: SWIFT:	<input type="checkbox"/> bisherige Zahlungsverbindung aufheben
KontoinhaberIn:	<input type="checkbox"/> LSV/DD aufheben

Bemerkungen

Beitrittserklärung

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die obengenannten Versicherungen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Ärztinnen und Ärzten, bei Therapeutinnen und Therapeuten, sowie bei Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften nötigenfalls Auskunft über Gesundheitsverhältnisse eingeholt wird und entbinde alle medizinisch- und medizinisch-therapeutischen Personen gegenüber der FKB vom Berufsgeheimnis. Im weiteren bin ich einverstanden, dass die FKB die für die Schadenfallbearbeitung erforderlichen Daten an andere Versicherer übermitteln kann. Der/die Unterzeichnete erklärt, die seiner Versicherung entsprechenden Reglemente der FKB erhalten zu haben, und anerkennt diese im vollen Umfang. Mit seiner Unterschrift bestätigt der Antragsteller, falls der Unfall ausgeschlossen wurde, dass er über seinen Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfall versichert ist.

Ort und Datum

Unterschrift

* separates Formular ausfüllen

Versicherungen	Monats-Prämie
<input type="checkbox"/> OKP mit Unfall <input type="checkbox"/> Erweiterte OKP mit Unfall Franchise CHF <input style="width: 50px;" type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> OKP ohne Unfall <input type="checkbox"/> Erweiterte OKP ohne Unfall Franchise CHF <input style="width: 50px;" type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> BU/NBU versichert. Arbeitgeber:	
<input type="checkbox"/> Plus mit Unfall**	CHF
<input type="checkbox"/> Plus Privat mit Unfall**	CHF
<input type="checkbox"/> P3 Allgemeine Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe:)	CHF
<input type="checkbox"/> P2 Halbprivate Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe:) Franchise CHF <input style="width: 50px;" type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> P1 Private Versicherung mit Unfall** (Eintrittsstufe:) Franchise CHF <input style="width: 50px;" type="text"/>	CHF
<input type="checkbox"/> Patientenrechtsschutz-Versicherung	CHF
<input type="checkbox"/> Dental Versicherung**/**	CHF
Versicherungsvariante: %	
max. CHF:	
Franchise CHF <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> UTI Unfallversicherung für Tod und Invalidität	CHF
<input type="checkbox"/> Todesfallkapital:	
<input type="checkbox"/> Invaliditätskapital:	
die Todesfallsumme für mein Kind wird spätestens ab dem 1. Januar nach Vollendung	
des Alters 2.5 Jahre automatisch erhöht auf: <input type="checkbox"/> CHF 10000.- <input type="checkbox"/> CHF 20000.-	
<input type="checkbox"/> KTI Kapital-Versicherungsdeckung für Tod und Invalidität infolge Krankheit und Unfall**/**	CHF
<input type="checkbox"/> Todesfallkapital:	
<input type="checkbox"/> Invaliditätskapital:	
<input type="checkbox"/> Krankheit: <input type="checkbox"/> Unfall:	
die Todesfallsumme für mein Kind wird spätestens ab dem Tarifieralter 4 automatisch	
erhöht auf: <input type="checkbox"/> CHF 10000.- <input type="checkbox"/> CHF 20000.-	
<input type="checkbox"/> Obligatorische Krankengeldversicherung (nur Krankheit)	
<input type="checkbox"/> CHF ab Tag	CHF
<input type="checkbox"/> CHF ab Tag	CHF
<input type="checkbox"/> % ab Tag	%
<input type="checkbox"/> % ab Tag	%
<input type="checkbox"/> Freiwillige Krankengeldversicherung**	
<input type="checkbox"/> ohne Unfall <input type="checkbox"/> mit Unfall	CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (selbstständigerwerbend) CHF ab Tag	CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (angestellt) CHF ab Tag	CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (arbeitslos) CHF ab Tag	CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld (haushaltsführend) CHF ab Tag	CHF
<input type="checkbox"/> % ab Tag	%
<input type="checkbox"/> % ab Tag	%
Total Monatsprämie	CHF

*seperates Formular ausfüllen / **separate Gesundheitserklärung ausfüllen