



Vorgeburtliche Anmeldung (Grundversicherung nach KVG)

Versicherungsbeginn

Neuaufnahme per _____

Voraussichtlicher Geburtstermin _____

Personalien Versicherte Person

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Monatsprämie in CHF

Obligatorische Krankenpflege

CHF _____

- Modell
- Standard (freie Arztwahl)
 - Hausarztmodell
 - sumis24Telmed-Modell
 - HMO-Modell

- Jahresfranchise
- 0.–
 - 100.–
 - 200.–
 - 300.–
 - 400.–
 - 500.–
 - 600.–

inkl. Unfalldeckung

Eidgenössische Beiträge

CHF -3.50

Verteilung des Ertrages aus Umweltabgaben an die Bevölkerung
(Beitrag Krankheitsverhütung gem. Art. 20 KVG von CHF 0.20 /Monat eingeschlossen)

Total Monatsprämie Grundversicherung

CHF _____

Nur für Hausarzt-/HMO-Versicherung

Tragen Sie bitte den Namen und die Adresse Ihre Hausarztes/HMO-Centers ein.

Versicherungsabschluss

Mit meiner Unterschrift auf diesem Antragsformular bestätige ich, dass ich die meiner Deckung entsprechenden AVB's gelesen habe und mit diesen einverstanden bin. Sämtliche AVB's finden Sie auf unserer Homepage www.sumiswalder.ch unter der Rubrik «Downloads» oder können bei uns verlangt werden.

Ort und Datum:

Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters:



Vorgeburtliche Anmeldung (Zusatzversicherungen nach VVG)

Versicherungsbeginn

Neuaufnahme per _____

Voraussichtlicher Geburtstermin _____

Personalien Versicherte Person

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Zusatzversicherungen nach VVG

Monatsprämie in CHF

- | | | | | | |
|--|--|-----|---------|-----|-------|
| <input type="checkbox"/> Krankenpflege-Zusatz | | | | CHF | _____ |
| <input type="checkbox"/> Komplementär | <input type="checkbox"/> Komplementär 1 (CHF 2'600.--) | | | CHF | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Komplementär 2 (CHF 3'600.--) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Komplementär 3 (CHF 4'600.--) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kombi 1 allgemein | | | | CHF | _____ |
| <input type="checkbox"/> UTI | Todesfallkapital | CHF | _____ | CHF | _____ |
| | Invaliditätskapital | CHF | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Patientenrechtsschutz | | | | CHF | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dental (separater Antrag) | Prozent | | _____ % | CHF | _____ |
| | Maximalbetrag | CHF | _____ | | |
| | Franchise | CHF | _____ | | |

Total Monatsprämie Zusatzversicherungen

CHF _____

Versicherungsabschluss

Unfallversicherung für Tod und Invalidität (UTI)

Zusatzinformationen zum Versicherungsantrag:

Ab dem 1. Januar 2006 kann für Kinder bis zum Alter von 2.5 Jahren nur noch ein Todesfallkapital von CHF 2'500.-- versichert werden.

Artikel 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird wie folgt ergänzt: *Stirbt ein Kind, bevor es 2 Jahre und 6 Monate alt ist, beträgt die Todesfallsumme höchstens CHF 2'500.--*

Erklärung: Ich/wir haben diese Zusatzinformation zur Kenntnis genommen und bin einverstanden, dass die Todesfallsumme für mein Kind ab dem 01. Januar nach Vollendung des Alters von 2.5 Jahre automatisch erhöht wird auf CHF 20'000.--.

Hinweis: Die Versicherungstufen «Kombi 2 halbprivat» und «Kombi 3 privat», sowie die Zusatzversicherungen «Komfort» und «KTI», können nach der Geburt mit einer entsprechenden Gesundheitsdeklaration beantragt werden.

Mit meiner Unterschrift auf diesem Antragsformular bestätige ich, dass ich die meiner Deckung entsprechenden AVB's gelesen habe und mit diesen einverstanden bin. Sämtliche AVB's finden Sie auf unserer Homepage www.sumiswalder.ch unter der Rubrik «Downloads» oder können bei uns verlangt werden.

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters: _____

Zahlungsverkehr und Kontoverbindung

Personalien Prämien zahlende Person

Vorname:	_____	Name:	_____
Strasse, Nr.:	_____	PLZ, Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	E-Mail:	_____
Natel:	_____	Telefon privat:	_____
Vers.-Nr.:	_____	Telefon Geschäft:	_____

Zahlungsverkehr (nur ausfüllen falls die Prämien zahlende Person nicht bei der Sumiswalder versichert ist)

- Ich möchte die Prämienrechnung monatlich
 zweimonatlich
 vierteljährlich
 halbjährlich
 jährlich (1,5% Skonto)

Ich möchte meine Prämien wie folgt bezahlen

- Einzahlungsschein
 Lastschriftverfahren (LSV)
(Wir werden Ihnen ein entsprechendes Formular zukommen lassen)
 Debit Direct

Ja, ich wünsche Debit Direct DD

Hiermit ermächtige ich die Sumiswalder Kranken- und Unfallkasse bis auf Widerruf, fällige Beiträge meinem Postkonto zu belasten. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Post keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei PostFinance widerrufe.

- Dauerauftrag
 E-Rechnung
(Bitte melden Sie sich erst nach Erhalt der Police in Ihrem E-Banking für die E-Rechnung an)

Kontoverbindung für Leistungs- und Prämienrückvergütungen

Vorname/Name Kontoinhaber: _____

Bankkonto-Nr.: _____

Bankname: _____

PLZ/Ort: _____

Clearing-Nr.: _____

Postkonto-Nr.: _____