

Beitrittserklärung

Die nachstehenden Angaben werden streng vertraulich behandelt

- Aufnahme Änderung
 Vorgeburtliche Anmeldung

Persönliche Angaben (bitte in Druckschrift schreiben)

Name:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:
Vorname:	Geschlecht:	Telefon Nr. (Privat):
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr):	Telefon Nr. (Mobil):	
Gesetzlicher Vertreter:		
Strasse/Nr.:		
PLZ/Ort:		
E-mail:		

Der Kasse vorbehalten

Versicherungs-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Familien-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse für die Rückerstattung der Leistungen

Kontoinhaber:																					
Name der Bank:																					
Konto (IBAN-Nr.):	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Gewünschte Zahlungsart der Prämien:	<input type="checkbox"/> ESR <input type="checkbox"/> Debit Direct <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> L.S.V. <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> monatlich																				

Sprache

- deutsch
 französisch
 italienisch

Allgemeiner Fragebogen

Sind Sie zur Zeit bei einer Krankenkasse versichert? nein ja

Wenn ja, bei welcher?

Waren Sie bereits einmal bei unserer Krankenkasse versichert? nein ja

Versicherungskategorien nach KVG	Bitte genaue Angaben	Monatsprämie	Versicherungsbeginn
<input type="checkbox"/> AH Obligatorische Krankenpflegeversicherung	Gewünschte jährliche Franchise Jugendliche und Erwachsene: <input type="checkbox"/> 300.– (gesetzliche Mindest-Franchise) <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1'000.– <input type="checkbox"/> 1'500.– <input type="checkbox"/> 2'000.– <input type="checkbox"/> 2'500.– Kinder: <input type="checkbox"/> ohne Franchise <input type="checkbox"/> 100.– <input type="checkbox"/> 200.– <input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 400.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 600.– <input type="checkbox"/> Der (die) Unterzeichnende ist durch den Arbeitgeber auch für Nichtbetriebsunfälle obligatorisch Unfallversichert (UVG) und möchte deshalb das Unfallrisiko aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausschliessen.		
<input type="checkbox"/> RS Hausarztversicherung gewählter Hausarzt gemäss Liste der Krankenkasse Wädenswil _____	Gewünschte jährliche Franchise Jugendliche und Erwachsene: <input type="checkbox"/> 300.– (gesetzliche Mindest-Franchise) <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 1'000.– <input type="checkbox"/> 1'500.– <input type="checkbox"/> 2'000.– <input type="checkbox"/> 2'500.– Kinder: <input type="checkbox"/> ohne Franchise <input type="checkbox"/> 100.– <input type="checkbox"/> 200.– <input type="checkbox"/> 300.– <input type="checkbox"/> 400.– <input type="checkbox"/> 500.– <input type="checkbox"/> 600.– <input type="checkbox"/> Der (die) Unterzeichnende ist durch den Arbeitgeber auch für Nichtbetriebsunfälle obligatorisch Unfallversichert (UVG) und möchte deshalb das Unfallrisiko aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausschliessen.		

Unterschrift

Mit seiner/ihrer Unterschrift erklärt der Antragsteller/die Antragstellerin:

- a) dem gewählten Versicherungszweig beizutreten.
- b) für die Genauigkeit der Antworten verantwortlich zu sein, auch wenn diese von einer Drittperson eingetragen worden sind.

c) die Krankenkasse Wädenswil beschafft und bearbeitet persönliche Daten ihrer Versicherten ausschliesslich zum Zweck der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben und unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen. Die Geheimhaltungspflicht wird strikt eingehalten.

d) die Allgemeinen Bedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zur Kenntnis genommen zu haben.

Bemerkungen:

Ort und Datum:

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreters, der/die erklärt, die obenstehenden Bestimmungen gelesen zu haben.
