

3. Zahlungsverkehr

Zahlungs-/Gutschriftsadresse LSV (Bank) DD (Post) Rechnung (ESR)

Bankadresse: _____

Iban-Nummer: _____

Konto-Inhaber: _____

Prämien-Zahlungsart monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

4. Zahlungsverzug

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zu Lasten des Versicherten. sanavals kann bis zur Einleitung eines Fortsetzungsbegehrens ihre Leistungen mit fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen verrechnen. Dem Versicherten steht diese Möglichkeit nicht zu.

5. Andere Versicherungen

5.1 Bisherige Krankenpflegeversicherung

Waren Sie bis jetzt bei einem anderen Krankenversicherer versichert? ja nein

Name und Adresse der Krankenversicherung: _____

Zuzug aus dem Ausland ja nein

Sind Sie der obligatorischen Unfallversicherung gemäss UVG unterstellt? ja nein

Name und Adresse Arbeitgeber: _____

5.2 Besteht ein von der IV anerkanntes Geburtsgebrechen? / bis zum 20. Altersjahr relevant

ja nein

Falls ja, bitte eine Kopie der Verfügung beilegen.

5.3 Wurde je ein Zahnunfall gemäss KVG abgerechnet?

ja nein

Falls ja, bitte Unfallbericht und Kopien der Behandlungen des Zahnarztes beilegen.

6. Versicherungsbeginn

Der Beitritt erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Versicherung.

Versicherungsbeginn per: _____

7. Antrag

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der sanavals Gesundheitskasse, Valéstrasse 146E, Postfach 18, 7132 Vals.

Ort/Datum

Unterschrift (bei minderjährigen, gesetzlicher Vertreter)
