



Abw. Portefeuille-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kundenberater/in-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vermittler/in-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kundenberater/in _____

Versicherungsantrag KVG

- Obligatorium nach KVG Vorgeburtliche Anmeldung Änderungsantrag

Police-Nr.

Antragssteller/in oder Versicherungsnehmer/in

Name	Vorname	Geb. Datum
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Kanton
Zusätzliche Angaben zur Adresse		
Sprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I		
Zivilstand	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
Telefon	Mobile	
E-Mail		
Nationalität	Für Ausländer Aufenthaltsbewilligung Typ	

(bitte Kopie beilegen)

Neueintritt

Soll Ihre Police in einen bei der Krankenkasse Agilia bestehenden Vertrag integriert werden? Ja Nein

Wenn ja, Name	Vorname	Familien-Nr.
Für Minderjährige (gesetzliche/r Vertreter/in) Name	Vorname	

Prämienzahlung

- monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich
- Bankkonto (LSV) Postkonto (Debit Direct)

Prämienrechnung an

- Versicherungsnehmer/in Familienvorstand Drittadresse

Zahlungsverbindung

<input type="checkbox"/> Bank	Ort
Bankkonto-Nr.	IBAN
<input type="checkbox"/> Postkonto-Nr.	
<input type="checkbox"/> Drittadresse	

Versicherungsbeginn

Versicherungsbedingungen

