



## Beitrittserklärung – Geburt

<b>Personalien</b>	Familien-Nr.	_____
Name:	Vorname:	_____
Strasse:	PLZ/Wohnort:	_____
Geburtsdatum:	Oberhaupt:	_____

<b>Gewünschte Versicherung nach KVG</b>	<b>Monatsprämie</b>
<input type="checkbox"/> <b>Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)</b> Jahresfranchise:  Kinder: <input type="checkbox"/> 0.-- <input type="checkbox"/> 100.-- <input type="checkbox"/> 200.-- <input type="checkbox"/> 300.-- <input type="checkbox"/> 400.-- <input type="checkbox"/> 500.-- <input type="checkbox"/> 600.--  Unfalldeckung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Hausarztmodell: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>oder</b> _____ <small>Name und Adresse des Hausarztes (zwingend bei Hausarztmodell)</small>  Telmed: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fr. _____
<b>Eidgenössische Beiträge</b> Verteilung des Ertrages aus Umweltabgaben an die Bevölkerung (Beitrag Krankheitsverhütung gem. Art. 20 KVG von Fr. 0.40 / Monat eingeschlossen)	Fr. _____
<b>Total Monatsprämie Grundversicherung (OKP)</b>	<b>Fr.</b> _____

Ort und Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern:

\_\_\_\_\_



## Beitrittserklärung – Geburt

<b>Personalien</b>		Familien-Nr.	_____
Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ/Wohnort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Oberhaupt:	_____

<b>Gewünschte Versicherungen nach VVG</b>	<b>Monatsprämie</b>
<input type="checkbox"/> <b>Krankenpflege Zusatz ZEB</b> Versicherungsträger: Krankenkasse Luzerner Hinterland, AVB: 2022 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <i>optional: Ausschluss Kombi 1</i></span>	Fr. _____
<input type="checkbox"/> <b>Spitalversicherung Kombi</b> Versicherungsträger: Krankenkasse Luzerner Hinterland, AVB: 2022  <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	Fr. _____
<input type="checkbox"/> <b>Dental Zahnversicherung</b> Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, AVB: 01.01.2019  Variante _____ % max. Fr. _____ pro Kalenderjahr	Fr. _____
<input type="checkbox"/> <b>Unfallversicherung für Tod und Invalidität</b> (Progression max. 350%) Versicherungsträger: SOLIDA Versicherungen AG, AVB: 2022  Versicherungssumme bei Tod Fr. _____ bei Invalidität Fr. _____ Für Kinder bis zum 3. Altersjahr beträgt die Höchstversicherbare Todesfallsumme Fr. 2500.- Ab dem 1. Januar nach Vollendung des 3. Altersjahres wird die Summe automatisch auf Fr.10'000.- angepasst.	Fr. _____
<b>Total Monatsprämie Versicherungen nach VVG</b>	Fr. _____
<b>Total Monatsprämie (inkl. OKP)</b>	Fr. _____

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich die meiner Deckung entsprechenden Versicherungsbedingungen sowie die Kundeninformation gelesen habe und mit diesen einverstanden bin. Sämtliche Versicherungsbedingungen sind auch über [www.kklh.ch](http://www.kklh.ch) abrufbar.

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern: