Krankenkasse Luzerner Hinterland

Luzernstrasse 19 | Postfach 162 | 6144 Zell LU
Telefon 041 989 70 00 | Telefax 041 989 70 01
info@kklh.ch | www.kklh.ch

Grundversicherung

☐ **Beitrittserklärung per** ---------- ☐ **Versicherungsänderung per** ----------
Entspricht Einreisedatum

1. Personalien

☐ Herr ☐ Frau

Name: ----------
Strasse/Nr: ----------
PLZ / Wohnort: ----------
Geburtsdatum: ----------
Zivilstand: ----------

Vorname: ----------
Tel-Nr.: ----------
E-Mail: ----------
Heimatstaat: ----------
Aufenthaltsbewilligung ☐ B ☐ C ☐ G ☐ L ☐ andere

2. Andere Versicherungen

Aktueller Versicherer: _____ Ist die Kündigung bereits erfolgt? ☐ Ja ☐ Nein

3. Gewünschte Versicherung nach KVG

Monatsprämie

☐ **Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)**
Jahresfranchise:

Erwachsene: ☐ 300.-- ☐ 500.-- ☐ 1'000.-- ☐ 1'500.-- ☐ 2'000.-- ☐ 2'500.--
Kinder: ☐ 0.-- ☐ 100.-- ☐ 200.-- ☐ 300.-- ☐ 400.-- ☐ 500.-- ☐ 600.--

Unfalldeckung: ☐ Ja ☐ Nein

Hausarztmodell: ☐ Ja ☐ Nein _____
Name und Adresse des Hausarztes

Eidgenössische Beiträge Fr. -4.65
Verteilung des Ertrages aus Umweltabgaben an die Bevölkerung
(Beitrag Krankheitsverhütung gem. Art. 20 KVG von Fr. 0.40 / Monat eingeschlossen)

Total Monatsprämie Grundversicherung (OKP) Fr. -4.65

4. Zahlungsverkehr

Bitte überweisen Sie Rückerstattungen direkt auf mein Bank- oder Postcheck-Konto!

IBAN Nr ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

oder Postkonto Nr.: .....

Name und Adresse der Bank: ----------

Prämienzahlung: ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ zweimonatlich ☐ monatlich

Zahlungsart: ☐ Einzahlungsschein ☐ Lastschriftverfahren (LSV) ☐ Debit direct

5. Beitrittserklärung

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die oben genannten Versicherungen. Ich bestätige, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort und Datum: Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters:

_____ _____