

## PERSONALIENBLATT

Nr. I2013021033209 (09.11.2013)

### Durch den Antragssteller vollständig auszufüllen

#### Zu versichernde Person

Kundennummer	.....		
<small>(falls Sie schon Sanagate Kunde sind, bitte ausfüllen)</small>			
Name/Vorname	Brönnimann Gerhard	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input checked="" type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	11.10.1980	Zivilstand	ledig
Strasse/Postfach	Brückenstrasse 2	Zusatzadresse	.....
PLZ/Ort	5430 Wettingen	Gesetzlicher Wohnsitz	Wettingen
Telefonnummern	Mobile	Privat	0788801860
E-Mail	igex@gmx.ch	.....	
.....			
Nationalität	Schweiz	Sprache	<input checked="" type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i
Bewilligungskategorie	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N	Eingereist am	.....
<small>(Kopie beilegen)</small>			

#### Korrespondenzadresse

Name/Vorname	Brönnimann Gerhard	Strasse/Postfach	Brückenstrasse 2
Zusatzadresse	.....	PLZ/Ort	5430 Wettingen

#### Zahlungsverkehr

##### Prämien- und Leistungszahlungen

Bitte wählen Sie eine Zahlungsart für Prämien- und Leistungszahlungen.

Name/Vorname	Brönnimann / Gerhard		
<input type="checkbox"/> Per Debit Direct der Post (monatlich)	Postkontonummer		
<input checked="" type="checkbox"/> Per Lastschriftverfahren der Bank LSV (monatlich)	<small>(Bitte senden Sie das beiliegende LSV-Formular ausgefüllt Ihrer Bank zu.)</small>		
IBAN	.....		
Bankadresse	Neue Aargauer Bank, Baden		
<input type="checkbox"/> Rechnung per Einzahlungsschein (ESR) / ab halbjährlicher und jährlicher Zahlung Skonto	Prämienfälligkeit		
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 2 monatlich	<input type="checkbox"/> 3 monatlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich

##### Leistungs- und Prämienrückerstattung

Bitte wählen Sie eine Auszahlungsart für Leistungs- und Prämienrückerstattung (ohne gültige Kontoverbindung wird eine gebührenpflichtige Zahlungsanweisung veranlasst).

Name/Vorname	Brönnimann / Gerhard		
<input type="checkbox"/> Gutschrift auf Postkonto	Postkontonummer		
<input checked="" type="checkbox"/> Gutschrift auf Bankkonto	IBAN		
Bankadresse	Neue Aargauer Bank, Baden		

## ANTRAG FÜR EINE KRANKENVERSICHERUNG

### Obligatorische Grundversicherung (KVG)

Nr. I2013021033209 (09.11.2013)

#### Durch den Antragssteller vollständig auszufüllen

#### Zu versichernde Person

Kundennummer .....

(falls Sie schon Sanagate Kunde sind, bitte ausfüllen)

Name/Vorname Brönnimann Gerhard Geschlecht  weiblich  männlich

Geburtsdatum 11.10.1980

Strasse/Postfach Brückenstrasse 2 Zusatzadresse .....

PLZ/Ort 5430 Wettingen Gesetzlicher Wohnsitz Wettingen

Aktueller Versicherer Avanex

#### Produkt und Risiko nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) Prämie in CHF

**Hausarztversicherung** 220.55

Rechtsträger ist die Sanagate AG  
Tarif gemäss Gemeinde Wettingen  
Krankheit  
Jahresfranchise: CHF 1000  
Versicherungsbeginn: 01.01.2014

Hausarzt:  
[Wälchli Paul, Hertensteinstr. 7, 5415 Nussbaumen](#)

**Total Monatsprämie nach KVG** 220.55

#### Andere Franchisen Varianten Prämie in CHF

<input type="checkbox"/> Jahresfranchise CHF 500	Monatsprämie KVG	CHF 255.55
<input type="checkbox"/> Jahresfranchise CHF 1000	Monatsprämie KVG	CHF 220.55
<input type="checkbox"/> Jahresfranchise CHF 1500	Monatsprämie KVG	CHF 193.35
<input type="checkbox"/> Jahresfranchise CHF 2000	Monatsprämie KVG	CHF 166.35
<input type="checkbox"/> Jahresfranchise CHF 2500	Monatsprämie KVG	CHF 152.65

#### Wichtige Bestimmungen KVG

Ich bestätige, dass ich vom Rechtsträger für die Grundversicherung (KVG) auf die Sistierungsmöglichkeit des Unfallrisikos (vorübergehender Unterbruch der Unfalldeckung) in der Grundversicherung (KVG) aufmerksam gemacht worden bin. Die Sistierung darf nur vorgenommen werden, wenn eine obligatorische Unfallversicherung (UVG) das Unfallrisiko vollumfänglich einschliesst. Die Prämien gelten vorbehaltlich der Genehmigung durch das Bundesamt für Gesundheit. Ich bestätige, die relevanten Reglemente erhalten und in vollem Umfang anerkannt zu haben. Rechtsträger ist die Sanagate AG, Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern.

#### Unterschriften

Ort und Datum: Wettingen, 09.11.2013 Die beitrete Person oder deren gesetzliche Vertretung: .....

Ort und Datum: ..... Für den Versicherer: .....

#### Durch den Versicherer auszufüllen

Eingangdatum ..... Erstellt durch .....  
Kundennummer .....  
Comparis .....

Herr  
Gerhard Brönnimann  
Brückenstrasse 2  
5430 Wettingen

Sanagate AG  
Postfach 3866  
6002 Luzern

Avanex  
Helsana-Gruppe  
Postfach  
8081 Zürich

## Kündigung der Grundversicherung

Bitte wählen Sie das gewünschte Vorgehen. Für Zusatzversicherungen ist das zweite Kündigungsformular ausgefüllt und unterschrieben zu retournieren. Diese Kündigung gilt nur für Schweizer Krankenversicherer nach KVG.

**Bitte leiten Sie die Kündigung für mich weiter**

### Ich bin versichert bei

Krankenversicherer Avanex  
Nachname Brönnimann Vorname Gerhard  
Strasse Brückenstrasse 2 PLZ/Ort 5430 Wettingen  
Geburtsdatum 11.10.1980 bisherige Policennr. 96334073

Ich bestätige hiermit, dass ich meine Grundversicherung per 31.12.2013 oder auf den nächstmöglichen Termin auflösen will.

Ort, Datum Wettingen, 09.11.2013 Unterschrift\* .....

\*Rechtsgültige Unterschrift

**Ich bestätige hiermit, dass ich die Kündigung selber übernehme / übernommen habe**

Ort, Datum ..... Unterschrift\* .....

\*Rechtsgültige Unterschrift

Bitte schicken Sie uns dieses Formular bis spätestens 10 Tage vor Ablauf der Kündigungsfrist zu. Bitte beachten Sie, dass die Sanagate AG bei einem verspäteten Eingang die fristgerechte Kündigung bei Ihrem Vorversicherer nicht garantieren kann.

Bei Fragen oder Unklarheiten zu dieser Kündigung/Nachversichererbestätigung wenden Sie sich bitte per **E-Mail an [office.de@sanagate.ch](mailto:office.de@sanagate.ch)**

### Wird durch Sanagate ausgefüllt

#### Dies gilt als Nachversichererbestätigung

Gemäss Art. 7, Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes KVG bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben genannten Person in die obligatorische Krankenversicherung per ..... (Datum). Wir bitten Sie, den Austritt aus Ihrer Krankenversicherung entsprechend vorzunehmen und zu bestätigen.

Ort, Datum .....  
Der Versicherer .....

# Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für das Postkonto von PostFinance (Debit Direct) und das Bankkonto (LSV+)

Sanagate AG  
Postfach 3866  
6002 Luzern

LSV IDENT. SAY1W

## Prämienzahler

Kunden- oder Antragsnummer [I2013021033209](#)

Name [Brönnimann](#)

Vorname [Gerhard](#)

Strasse, Nr. [Brückenstrasse 2](#)

PLZ, Ort [5430 Wettingen](#)

Telefon privat [078 880 18 60](#)

Telefon Geschäft

E-Mail [igex@gmx.ch](mailto:igex@gmx.ch)

## Belastung meines Postkontos (Debit Direct)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Zahlungsempfänger bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Postkonto zu belasten.

Postkonto-Nr. \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Bonität nicht aufweist, ist PostFinance nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Die Debit-Direct-Belastungen sind für mich kostenlos. Ich habe das Recht, Belastungen innerhalb von 30 Tagen ab Versand des Kontoauszugs schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** der Sanagate AG einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift/-en\*

\* Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

## Belastung meines Bankkontos (LSV+)

CHF

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von der Sanagate AG vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Bankname [Neue Aargauer Bank](#)

PLZ, Ort [5400 Baden](#)

IBAN

oder Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Bankclearing-Nr. (sofern bekannt)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Belastungsermächtigung **an die Bank** senden.

Ort, Datum [Wettingen, 09.11.2013](#)

Unterschrift

## Berichtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

BC-Nr.

Datum

Stempel und Visum  
der Bank