

Antrag für Krankenversicherung

Helsana

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: Max Muster
Geburtsdatum: 1990-01-01
Adresse: Musterstrasse 123
PLZ/Ort: 8001 Zürich
Telefon: +41 79 123 45 67
E-Mail: max.muster@email.com
AHV-Nummer: [Wird nachgereicht]

VERSICHERUNGSDetails

Versicherer: Helsana
Tarif: HMO-Modell
Monatsprämie: CHF 320.50
Franchise: CHF 300
Unfalldeckung: Mit Unfalldeckung
Beginn: 01.01.2025

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- Die Richtigkeit aller Angaben
- Kenntnisnahme der Versicherungsbedingungen
- Einverständnis zur Datenverarbeitung
- Den Wunsch zum Versicherungsabschluss

Unterschrift



Unterschrift, 20.9.2025