

Versicherungsantrag

Die nachstehenden Angaben werden streng vertraulich behandelt

- Aufnahme Änderung
 Vorgeburtliche Anmeldung

Persönliche Angaben (bitte in Druckschrift schreiben)

Name:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:
Vorname: Geschlecht:	Telefon Nr. (Privat):	
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr):	Telefon Nr. (Mobil):	
Gesetzlicher Vertreter:	Telefon Nr. (Geschäft):	
Strasse/Nr.:	Arbeitgeber:	
PLZ/Ort:	Strasse/Nr.:	
E-mail:	PLZ/Ort:	

Der Kasse vorbehalten

Versicherungs-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Familien-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse für die Rückerstattung der Leistungen

Kontoinhaber:																					
Name der Bank:																					
Konto (IBAN-Nr.):	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Gewünschte Zahlungsart der Prämien:	<input type="checkbox"/> Debit Direct <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> L.S.V. <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> monatlich																				

Sprache

- deutsch
 französisch
 italienisch

Allgemeiner Fragebogen

Sind Sie zur Zeit bei einer Krankenkasse versichert? nein ja

Wenn ja, bei welcher?

Waren Sie bereits einmal bei unserer Krankenkasse versichert? nein ja

Versicherungskategorien nach KVG	Bitte genaue Angaben	Monatsprämie	Versicherungsbeginn
BC Taggeld bei Lohnausfall	<input type="checkbox"/> Nur infolge Krankheit <input type="checkbox"/> infolge Krankheit und Unfall		
	Betrag Fr. Wartefrist Tage		
	Betrag Fr. Wartefrist Tage		

Unterschrift

Mit seiner/ihrer Unterschrift erklärt der Antragsteller/die Antragstellerin:

- a) dem gewählten Versicherungszweig beizutreten.
- b) für die Genauigkeit der Antworten verantwortlich zu sein, auch wenn diese von einer Drittperson eingetragen worden sind.
- c) alle in Betracht kommenden Personen und Einrichtungen, insbesondere die Ärzte, die medizinischen Hilfspersonen, die Heilanstalten, die Krankenkassen, die öffentlichen und privaten Versicherungen, die öffentlichen Institutionen sowie die privaten Fürsorgeeinrichtungen zu ermächtigen, den Organen der Kasse diejenigen Angaben zu machen, die diese zur Beurteilung der Beitrittserklärung und zur Ausrichtung der Leistungen sowie zur Durchführung des Regressrechtes gegen-

über Dritten benötigen, gegen welche der Versicherte einen Schadensersatzanspruch für den erlittenen Schaden geltend machen kann.

- d) die Allgemeinen Bedingungen der Einzel-Taggeldversicherung zur Kenntnis genommen zu haben in ihrer jetzigen Form sowie die nachträglichen Änderungen anzuerkennen.
- e) zur Kenntnis genommen zu haben, dass jede Nachlässigkeit oder unwahre Auskunft die Verweigerung der Leistungen und sogar den Ausschluss aus der Kasse nach sich ziehen kann.
- f) zukünftige Prämien, die im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen angepasst werden, zu akzeptieren.

Bemerkungen:

Ort und Datum:

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreters, der/die erklärt, die obenstehenden Bestimmungen gelesen zu haben.

Gesundheitsfragen für Versicherungen nach VVG und Taggeld bei Lohnausfall

Beziehen Sie Leistungen oder Renten der SUVA, IV, MV, oder erwarten Sie solche Leistungen? (Kopie der Verfügung muss beigelegt werden) nein ja
Wenn ja, welche?

Sind Risiken der Erwerbsunfähigkeit oder des Todes, oder Renten oder Kapitalien schon bei anderen Versicherungsgesellschaften oder Pensionskassen versichert? nein ja

1. Sind Sie vollkommen gesund? nein ja

2. Name Ihres Hausarztes:

3. Ist eine Behandlung bzw. Kontrolle bei einem Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeuten etc. vorgesehen oder voraussehbar? nein ja
Wenn ja, warum und wann?

4. Sind zur Zeit Anzeichen einer Notwendigkeit oder Wünschbarkeit einer späteren kieferorthopädischen Behandlung erkennbar? nein ja

5. Wurden Sie stationär oder von einem Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeuten behandelt? nein ja
Wenn ja, bitte die Tabelle ergänzen:

Art der Krankheit oder des Unfalls	Jahr	Dauer der Behandlung	Behandelnder Arzt / Spital / Therapeut / genaue Adresse

6. Haben die obgenannten Leiden Schäden hinterlassen? nein ja
Wenn ja, welche?

7. Haben Sie Unfälle erlitten, deren Folgen zukünftige Behandlungen erahnen lassen? nein ja Wenn ja, wann?
Leiden?

8. Waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? nein ja Wenn ja, wann?
Ist eine psychotherapeutische Behandlung vorgesehen? nein ja Wenn ja, wo?

9. Haben Sie schon Badekuren gemacht? nein ja Wenn ja, wann?
Ist eine Badekur vorgesehen? nein ja Wenn ja, wo?

10. Haben Sie eine Entwöhnungskur gemacht? nein ja Wenn ja, wann?
Ist eine Entwöhnungskur vorgesehen? nein ja Wenn ja, wo?

11. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? nein ja
Wenn ja, welche?

12. Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen? nein ja Wenn ja, wann?
Befund: HIV-positiv HIV-negativ

13. Leiden Sie zur Zeit an einer Krankheit, einer krankhaften Veranlagung, einem Gebrechen oder einer Missbildung? nein ja
Bitte präzisieren:

14. Ihre Körpergrösse: Grösse: cm Ihr Körpergewicht: Gewicht: kg

15. Sind Sie zur Zeit aus gesundheitlichen Gründen vollständig oder teilweise arbeitsunfähig? nein ja
Name des behandelnden Arztes:
Haben Sie schon Leistungen für eine Invalidität oder eine mehr als 3 Monate dauernde Arbeitsunfähigkeit bezogen? nein ja
Wenn ja, wann? Gründe?

16. Haben Sie Ihren Anspruch auf Erwerbsausfallentschädigung bei einem Versicherer bereits erschöpft? nein ja
Wenn ja, welchen?

17. Im Fall des Antrages auf Lohnausfallversicherung, beantworten Sie bitte diese Frage: Beziehen Sie Arbeitslosenentschädigung? nein ja

18. Gibt es medizinische Auskünfte, die Sie auf dieser Erklärung lieber nicht angeben möchten? nein ja
Wenn ja: an welchen Arzt kann sich unser ärztlicher Dienst wenden, um diese einzuholen?

19. Für Frauen:

Sind Sie schwanger? nein ja

Voraussichtliches Datum der Niederkunft:

Haben Sie gynäkologische Beschwerden oder Brustbeschwerden? nein ja

Wenn ja, welche?

Spezielle Risiken

Betreiben Sie Sportarten mit hohem Risiko (Fallschirmspringen, Deltasegeln, Tauchen; sind sie Flugpilot oder Bordpersonal?)

nein ja Wenn ja, bitte präzisieren (Art, Tiefe beim Tauchen, usw.)

Nehmen Sie an Wettkampfttrainings oder Wettkämpfen teil? nein ja

Wenn ja, bitte präzisieren (Wettkampftart, Art des Fahrzeuges, usw.)

Versicherungskategorie nach VVG	Bitte genaue Angaben	Monatsprämie	Versicherungsbeginn
Versicherungsantrag			
HC Kombinierte Spitalversicherung	<input type="checkbox"/> HC1: Allgemeine Abteilung der Schweizer Spitäler <input type="checkbox"/> HC2: Halbprivate Abteilung der Schweizer Spitäler <input type="checkbox"/> HC3: Private Abteilung der Schweizer Spitäler Gewünschte jährliche Franchise nur HC2 und HC3 <input type="checkbox"/> 1'000.- <input type="checkbox"/> 2'000.- <input type="checkbox"/> 3'000.- <input type="checkbox"/> 5'000.-		
SC Heilungskosten-Zusatzversicherung	Leistungsstufe <input type="checkbox"/> SC1 <input type="checkbox"/> SC2 <input type="checkbox"/> SC3 <input type="checkbox"/> SC4		
DP Zahnpflegeversicherung (Zahnpflege Plus)	Klasse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (zusätzlich zu den Klassen 1 bis 4) Franchise <input type="checkbox"/> -.- <input type="checkbox"/> 200.- <input type="checkbox"/> 350.- <input type="checkbox"/> 500.- Bitte entsprechendes Formular ausfüllen		
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			

Unterschrift

Die zu versichernde Person bevollmächtigt die Ärzte und alle anderen Personen, an die sich der Versicherer wendet, dem Versicherer die gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der/die Antragsteller/Antragstellerin verpflichtet sich, mindestens die Prämien für das erste Jahr zu bezahlen.

Der/die Antragsteller/Antragstellerin erklärt, die Allgemeinen Bedingungen über die Krankenzusatzversicherungen sowie die dazugehörigen Besonderen Bedingungen erhalten zu haben.

Der/die Antragsteller/Antragstellerin nimmt davon Kenntnis, dass er/sie gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Art. 1 VVG), während 14 Tagen bzw. 4 Wochen (bei Anordnung einer ärztlichen Untersuchung) an diesen Versicherungsantrag gebunden ist.

Bemerkungen:

Ort und Datum:

Die zu versichernde Person ist für das wahrheitsgetreue und vollständige Ausfüllen dieses Versicherungsantrages sowie der Gesundheitsfragen verantwortlich; dies auch, wenn die Antworten vom Vermittler eingetragen werden. Wenn der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden. Alle zusätzlichen Vereinbarungen und Abkommen mit dem Vermittler, die nicht auf dem Antragsformular vermerkt sind, binden den Versicherer nicht.

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreters, der/die erklärt, die obenstehenden Bestimmungen gelesen zu haben.