



Versicherungskategorien nach KVG	Bitte genaue Angaben	Monatsprämie	Versicherungsbeginn
<b>BC</b> 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.)

<b>Versicherungskategorie nach VVG</b>	<b>Bitte genaue Angaben</b>	<b>Monatsprämie</b>	<b>Versicherungsbeginn</b>
<b>Versicherungsantrag</b>			
<b>HC</b> 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.-		
<b>SC</b> Heilungskosten-Zusatzversicherung	Leistungsstufe <input type="checkbox"/> SC1 <input type="checkbox"/> SC2 <input type="checkbox"/> SC3 <input type="checkbox"/> SC4		
<b>DP</b> 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.