

Antrag für Zusatzversicherungen nach VVG

Zuständig für Sie

Name: _____ Vorname: _____

Antrag auf

Versicherungsabschluss Versicherungsänderung

Antragstellende Person

Versicherungsnummer:

Name: _____ Vorname: _____

1 Versicherungsbeginn

Der Beitritt zur SLKK erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Kasse oder Versicherung. Bitte warten Sie mit der Kündigung bis Ihnen die SLKK den Versicherungsabschluss ohne Ausschluss von Versicherungsleistungen bestätigt und den nächstmöglichen Eintrittstermin mitteilt.

Ich wünsche den Beginn/die Änderung per: _____ Momentane Versicherung: _____

2 Personalien

Name: _____ Ledigname: _____

Vorname: _____ Zivilstand: _____

Geschlecht: _____ Staatszugehörigkeit: _____

In der Schweiz gemeldet seit: _____ Zuzug aus dem Ausland: Ja, seit: _____ Nein

AusländerInnen, Aufenthaltsbewilligung: _____ (Bitte Kopie beilegen) Geburtsdatum: _____

Soz. Vers.-Nummer: _____ Beruf: _____

Titel: _____ Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobile-Nr.: _____

Familienvorstand

Name: _____ Vorname: _____

ist versicherte Person ist gesetzlicher Vertreter

Korrespondenz an

Herr Frau Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Mobile-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

3 Andere Versicherungen

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? Ja zu _____ % Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Sind Sie anderweitig unfallversichert? Ja (bitte Bestätigung beilegen)

Nein

Beziehen Sie eine Rente oder Leistungen? Ja Nein (Wenn ja, bitte Verfügung oder Rentenbescheid beilegen)

Wenn ja, welche? IV* UVG* EMV* andere Versicherungen*

Name der Versicherung: _____

Ist eine Rente beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4 Fragen bei Taggeldversicherung

Mussten Sie in den letzten Jahren Ihre berufliche Tätigkeit (Arbeit/Hausarbeit/Ausbildung) jemals länger als 3 Wochen zusammenhängend unterbrechen? Ja Nein

Wenn ja: Grund der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit:

Dauer in Wochen: _____ Datum Monat/Jahr: _____ Folgenlos geheilt?: Ja Nein

Name und Adresse behandelnder Arzt

Zahnarzt, Naturarzt, Therapeut, Spital:

Arbeitszeit pro Woche/Std.: _____ Sind Sie: selbständig angestellt arbeitslos

Name des Arbeitgebers:

Wieviel und wie lange erhalten Sie Ihren Lohn bei Krankheit, bzw. Unfall?

Krankheit % Lohn für Monate, danach %

Unfall % Lohn für Monate, danach %

Besteht noch eine andere Taggeldversicherung Ja Nein

JA, CHF pro Tag für Krankheit für Unfall

5 Gesundheitsverhältnisse

Bitte jede Frage vollständig beantworten! Striche und Leerlassungen gelten nicht als Antwort und sind nicht zulässig. Nachträge müssen zusätzlich mit Datum und Unterschrift abgezeichnet werden.

Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

Fühlen Sie sich gegenwärtig vollständig gesund? Ja Nein

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher, zahnärztlicher, naturärztlicher oder sonstiger therapeutischer Behandlung oder Kontrolle? Ja Nein

Beabsichtigen Sie eine solche? Ja Nein

Wenn ja, wie Stationär Ambulant

Weshalb?

Ist ein Spital-/Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation vorgesehen? Ja Nein

- Wenn ja, weshalb?
- wegen Herz-/Gefässkrankheiten, Krampfadern, erhöhter/zu tiefer Blutdruck?
 - wegen Epilepsie, neurologischer Erkrankung, Migräne?
 - wegen Beschwerden der Psyche oder Nervensystems? (Amnesie, Bulimie, psych. Erkrankung, Psychotherapie)
 - wegen Krankheit des Blutes oder Infektionskrankheiten?
 - wegen Beschwerden mit der Atmung resp. der Atemorgane/-wege?
 - wegen Beschwerden mit den Sinnesorganen (Ohren, Nasen, Augen)?
 - wegen Herz-, Kreislaufbeschwerden?
 - wegen Beschwerde mit der Haut oder Allergien?
 - wegen Verdauungs- und Stoffwechselbeschwerden?
 - wegen Beschwerden mit dem Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Muskeln, Knochen, Gelenke)?
 - wegen tumorartigen Beschwerden?
 - wegen Beschwerden an Geschlechts- oder Harnorganen?

Einweisende/r Ärztin/Arzt:

Haben Sie früher (letzte 5 Jahre) irgendwelche körperliche oder psychische Krankheiten durchgemacht oder Unfälle erlitten, die zu ärztlicher, naturärztlicher oder sonstiger therapeutischer Behandlung geführt haben? (evtl. mit Spitalaufenthalt, Kur, Komplementärmedizin oder Operation) Ja Nein

- wenn ja, welche?
- wegen Herz-/Gefässkrankheiten, Krampfadern, erhöhter/zu tiefer Blutdruck?
 - wegen Epilepsie, neurologischer Erkrankung, Migräne?
 - wegen Beschwerden der Psyche oder Nervensystems? (Amnesie, Bulimie, psych. Erkrankung, Psychotherapie)
 - wegen Krankheit des Blutes oder Infektionskrankheiten?
 - wegen Beschwerden mit der Atmung resp. der Atemorgane/-wege?
 - wegen Beschwerden mit den Sinnesorganen (Ohren, Nasen, Augen)?
 - wegen Herz-, Kreislaufbeschwerden?
 - wegen Beschwerde mit der Haut oder Allergien?
 - wegen Verdauungs- und Stoffwechselbeschwerden?
 - wegen Beschwerden mit dem Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Muskeln, Knochen, Gelenke)?
 - wegen tumorartigen Beschwerden?
 - wegen Beschwerden an Geschlechts- oder Harnorganen?

Wann?	Dauer:	Welche?	Behandelt durch? Name, Adresse:

Wurde Ihnen eine Behandlung empfohlen, die Sie jedoch nicht durchgeführt haben? Ja Nein
 Leiden Sie an einer HIV-Infektion (AIDS) oder anderen Infektionskrankheiten? Ja Nein
 Durch wen wurden Sie untersucht?

Bestehen bei Ihnen Folgen einer Invaldität oder einem Geburtsgebrechen? Ja Nein
 (Wenn ja, bitte IV-Verfügung beilegen)
 Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalles? Ja Nein
 Fehlen Ihnen Organe oder andere Körperteile oder sind solche verstümmelt oder ganz oder teilweise gebrauchsunfähig? Ja Nein
 Wenn ja, bitte nähere Angaben:

Wurden Ihnen in den letzten Jahren Medikamente verordnet? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Besteht oder bestand eine Abhängigkeit von Zigaretten, Alkohol, Medikamenten oder sonstigen Drogen? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Für Kinder

Ist aktuell eine zahnärztliche Massnahme empfohlen worden oder beabsichtigt? Ja Nein
 Bestehen Beschwerden im Zahnbereich oder eine Kiefer-/Zahnfehlstellung? Ja Nein

Ab dem 6. bis zum 20. Altersjahr zu beantworten

Liegt der Zahnarztbesuch mehr als 24 Monate in der Vergangenheit? Ja Nein
 Wurden Sie damals über allfällige Kiefer-/Zahnfehlstellungen informiert? Ja Nein
 Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
 Geburtstermin:

Wann haben Sie das letzte Mal eine/n Frauenärztin/-arzt konsultiert?
 Name/Adresse der Ärztin/des Arztes:

Hat Sie ein Kranken-/Lebens- oder Unfallversicherer in den letzten Jahren abgelehnt oder mit Vorbehalt aufgenommen? Ja Nein
 Wenn ja, welcher Vorbehalt/Grund:

Name/Adresse Ihres Hausarztes oder Arzt, der am besten Auskunft geben kann:

6 Beitrittserklärung

- 1 Ich beantrage für mich bzw. der von mir vertretenen Person die Versicherung gemäss beiliegendem Angebot der SLKK Versicherungen und bestätige, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
- 2 Ich nehme davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben eine Leistungsverweigerung oder -kürzung, ein nachträglicher Ausschluss von Versicherungsleistungen mit Rückforderung bzw. den Rücktritt vom Vertrag durch die SLKK zur Folge haben können.
- 3 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Ärztinnen und Ärzten, bei Therapeuten sowie bei Krankenkassen und Ämtern und Versicherungsgesellschaften nötigenfalls Auskunft über Gesundheitsverhältnisse eingeholt wird und entbinde alle davon betroffenen Medizinal- und medizinisch-therapeutischen Personen gegenüber der SLKK vom Berufsgeheimnis.
- 4 Im Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die SLKK Versicherungen die für die Schadenfallbearbeitung erforderlichen Daten an andere Versicherer übermitteln kann.
- 5 Die SLKK ist in zwei Genossenschaften aufgegliedert. Die Zusatzversicherungen nach VVG werden durch die Genossenschaft SLKK VERSICHERUNGEN und die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG wird durch die Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK geführt.
- 6 Ich bestätige, die AVB-VVG vor der Einreichung dieses Antrages erhalten und gelesen zu haben.
- 7 Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn dieses Formular persönlich durch die Versicherungsnehmerin/den Versicherungsnehmer oder dessen gesetzlichen Vertreter unterschrieben ist.
- 8 Dieser Antrag muss zusammen mit der unterschriebenen Offerte eingereicht werden.

Ort und Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer/in, Familienvorstand, gesetzliche/r Vertreter/in)