

Antrag Unfall-Zusatzversicherung (UTI)

Neuantrag

Änderungs-Antrag

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf / Tätigkeit _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Gesundheitsfragen

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a Litten Sie in den letzten 5 Jahren oder leiden Sie zurzeit an einer schweren Krankheit mit langer Heildauer oder Spitalbehandlung (z.B. Geistes-, Nerven-, Rückenmark-, Nierenerkrankung, Tuberkulose, Blut- und Gefässkrankheiten, Zuckerkrankheit, Krebs, Erkrankung des Herzens, Herzfehler und dergleichen)?
Wenn ja, an welchen? Zeitpunkt? Dauer? Zurückgebliebene Folgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie irgendwelche Rauschgifte (Drogen)?
Wenn ja, welche Drogen? Zeitpunkt? Dauer? Zurückgebliebene Folgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Fehlen Ihnen Organe oder andere Körperteile oder sind solche verstümmelt oder ganz oder teilweise gebrauchsunfähig?
Wenn ja, bitte nähere Angaben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Körpergrösse (cm) _____

Körpergewicht (kg) _____

Andere Unfallversicherungen

Ist die zu versichernde Person bei einer anderen Gesellschaft bereits gegen Unfall versichert?

Ja Nein

Versicherungsleistungen und Prämien

Die nachstehend aufgeführten Eventualitäten können einzeln oder in beliebiger Kombination miteinander versichert werden. Bitte gewünschte Versicherungsleistungen eintragen bzw. ankreuzen.

Tarife gültig ab 01.01.2016

Versicherungsleistungen	Kinder 0 - 18 Jahre	Jugendliche 19 - 25 Jahre	Erwachsene 26 - 60 Jahre	Erwachsene ab 61 Jahre	Prämie pro Monat in CHF
Tod	Monatsprämie	Monatsprämie	Monatsprämie	Monatsprämie	Bitte Prämien einsetzen
** 5'000.--	<input type="checkbox"/> 0.10	_____	_____	_____	CHF
** 10'000.--	<input type="checkbox"/> 0.20	<input type="checkbox"/> 0.25	<input type="checkbox"/> 0.30	<input type="checkbox"/> 0.40	CHF
50'000.--	_____	<input type="checkbox"/> 1.25	<input type="checkbox"/> 1.50	<input type="checkbox"/> 2.00	CHF
100'000.--	_____	<input type="checkbox"/> 2.50	<input type="checkbox"/> 3.00	<input type="checkbox"/> 4.00	CHF
150'000.--	_____	<input type="checkbox"/> 3.75	<input type="checkbox"/> 4.50	_____	CHF
300'000.--	_____	<input type="checkbox"/> 7.50	<input type="checkbox"/> 9.00	_____	
Invalidität	Monatsprämie	Monatsprämie	Monatsprämie	Monatsprämie	Bitte Prämien einsetzen
50'000.--	<input type="checkbox"/> 1.25	<input type="checkbox"/> 1.75	<input type="checkbox"/> 2.25	<input type="checkbox"/> 3.50	CHF
100'000.--	<input type="checkbox"/> 2.50	<input type="checkbox"/> 3.50	<input type="checkbox"/> 4.50	<input type="checkbox"/> 7.00	CHF
150'000.--	<input type="checkbox"/> 3.75	<input type="checkbox"/> 5.25	<input type="checkbox"/> 6.75	_____	CHF
200'000.--	<input type="checkbox"/> 5.00	<input type="checkbox"/> 7.00	<input type="checkbox"/> 9.00	_____	CHF
300'000.--	<input type="checkbox"/> 7.50	<input type="checkbox"/> 10.50	<input type="checkbox"/> 13.50	_____	CHF
Heilungskosten	<input type="checkbox"/> 9.00	<input type="checkbox"/> 11.00	<input type="checkbox"/> 15.00	<input type="checkbox"/> 19.00	CHF

* In Ergänzung zur Krankenkasse oder zum UVG unbegrenzt während 10 Jahren.

** In den ersten 30 Lebens-Monaten darf im Todesfall ein Maximal-Kapital von CHF 2'500.- ausbezahlt werden. In den ersten 12 Lebens-Jahren darf im Todesfall ein Maximal-Kapital von CHF 20'000.- ausbezahlt werden.

Der Wechsel in die nächst höhere Altersgruppe erfolgt jeweils am 1. Januar nach Vollendung des oben aufgeführten Höchstalters.

5. Beginn des Versicherungsschutzes

Die Deckung beginnt mit dem 1. Tag des Monats, der dem Eintreffen des vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Anmeldeformulars bei der SLKK folgt.

6. Grundlagen

Grundlagen für diese Versicherung bilden die Allgemeinen Bedingungen (AVB).

7. Prämienzahlung

Die Prämie wird zusammen mit den Prämien für die SLKK VERSICHERUNGEN erhoben.

8. Begünstigung in Abänderung von Art. 7 A, AVB

.....

Ort / Datum:

Unterschrift (versicherte Person oder bei Kindern die gesetzlichen Vertreter)