

Antrag freiwillige Taggeld-Versicherung nach KVG

Zuständig für Sie

Name: _____ Vorname: _____

Antrag auf

Versicherungsabschluss

Versicherungsänderung

Antragstellende Person

Versicherungsnummer:

Name: _____ Vorname: _____

1 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: _____

2 Taggeldhöhe

Taggeld CHF 10.00 Taggeld CHF 20.00 Taggeld CHF 30.00 Leistungsbeginn ab: 3. Tag

Versicherungsbeginn: _____ (Ohne Angaben erfolgt der Eintritt auf den nächsten 1.)

Bemerkungen/Vereinbarungen (Von der Kasse auszufüllen)

3 Fragen bei Taggeldversicherung

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? Ja (bitte Bestätigung beilegen)

Nein

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

von IV* UVG* EMV* andere Versicherungen*

Name der Versicherung: _____

Ist eine Rente beantragt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

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

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?

Krankeheit	% Lohn für	Monate, danach	%
Unfall	% Lohn für	Monate, danach	%

Besteht noch eine andere Taggeldversicherung Ja Nein

Ja, CHF _____ pro Tag für Krankheit für Unfall

4 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 Invalidität oder einem Geburtsgebrechen? Ja Nein

(Wenn ja, bitte IV-Verfügung beilegen)

Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalles? Ja Nein

Besteht eine Zahn-/Kieferfehlstellung? Ja Nein

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

Wenn ja, welche? _____

Wurden Ihnen in den letzten Jahren Medikamente verordnet? Ja Nein

Wenn ja, welcher Vorbehalt/Grund: _____

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Geburtsstermin: _____

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: _____

Name/Adresse des Versicherers: _____

Seit wann sind Sie dort versichert? _____ Grund für den Wechsel: _____

5 Hinweis

- 1 Ich bestätige, die AVB-KVG vor der Einreichung dieses Antrages erhalten und gelesen zu haben.
- 2 Dieser Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn das Formular persönlich durch die Versicherungsnehmerin/den Versicherungsnehmer oder dessen gesetzlichen Vertreter unterschrieben ist.
- 3 Dieser Antrag muss zusammen mit der unterschriebenen Offerte eingereicht werden.

Ort und Datum

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