

Versicherungsantrag VVG

Ihr Berater

Name _____ Vorname _____
 Neuaufnahme Änderung Vorgeburtliche Anmeldung

Angaben zur Person

Name _____ Vorname _____
 Zivilstand _____ Geschlecht m w Nationalität* _____
 Geburtsdatum _____ Tel. Nr. Privat _____
 E-Mail _____ Tel. Nr. Geschäft _____

* Für Ausländer benötigen wir eine Kopie der Aufenthaltsbewilligung

Wohnadresse

Strasse _____ Nummer _____
 c/o _____ Postfach _____
 PLZ _____ Ort _____

Adresse für Korrespondenz, Prämienrechnungen und Leistungsabrechnungen

Name _____ Vorname _____
 Strasse _____ Nummer _____
 c/o _____ Postfach _____
 PLZ _____ Ort _____

Freiwillige Zusatzversicherung VVG

Versicherungsbeginn _____ Geburtstermin _____

Ambulante Zusatzversicherungen

	Prämie pro Monat
<input type="checkbox"/> SLKK-QualiCare.basis	CHF
<input type="checkbox"/> SLKK-QualiCare.comfort	CHF

Spitalzusatzversicherungen

	inkl. Unfall	Prämie pro Monat
<input type="checkbox"/> Spital allgemeine Abteilung ganze Schweiz (F1)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	CHF
<input type="checkbox"/> Spital halbprivate Abteilung ganze Schweiz (F2)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	CHF
<input type="checkbox"/> Spital private Abteilung ganze Schweiz (F3)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	CHF
<input type="checkbox"/> Spital private Abteilung weltweit (F4)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	CHF
<input type="checkbox"/> Superflex®	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	CHF

Total CHF

Jahresfranchise für die Deckungen F1–F4

CHF 0.00.– CHF 1'000.– CHF 2'000.– CHF 3'000.– CHF 4'000.– CHF 5'000.–

Für die Zahnpflegeversicherungen bei Krankheit und Unfall ist der spezielle Antrag auszufüllen.

Ergänzende Versicherungen

Risiko-Kapitalversicherung KTI

	Prämie pro Monat
Todesfall-Kapital von CHF _____	CHF _____
Erwerbsunfähigkeitskapital von CHF _____	CHF _____

Unfall-Zusatzversicherung UTI

Todesfall-Kapital von CHF _____	CHF _____
Invaliditäts-Kapital von CHF _____	CHF _____
Mit Heilungskosten	CHF _____

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):

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 Erkrankungen, Migräne?

wegen Beschwerden der Psyche oder des Nervensystems?

(Amnesie, Bulimie, psych. Erkrankungen, 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 Beschwerden 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 Erkrankungen, Migräne?

wegen Beschwerden der Psyche oder des Nervensystems?

(Amnesie, Bulimie, psych. Erkrankungen, 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 Beschwerden 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 eines Geburtsgebrechens?
(Wenn ja, bitte IV-Verfügung beilegen) Ja Nein

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?
Wenn ja, bitte nähere Angaben Ja Nein

Besteht eine Zahnfehl-/Kieferfehlstellung? Ja Nein

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

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

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

Name und Adresse Ihres Hausarztes oder Arztes, der am besten Auskunft geben kann:

Andere Versicherungen

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? Ja zu _____ % Nein
Wenn ja, weshalb?

Sind Sie anderweitig unfallversichert? Ja Nein (Wenn ja, bitte Bestätigung beilegen)

Beziehen Sie eine Rente oder Leistungen? Ja Nein (Wenn ja, bitte Verfügung oder Rentenbescheid beilegen)
von IV* UVG* EMV* andere Versicherungen*

*IV = Invalidenversicherung • UVG = Unfallversicherungsgesetz • EMV = Eidg. Militärversicherung • andere Versicherungen = PK, Private Versicherung, Krankenkasse.

Name der Versicherung:

Ist eine Rente beantragt? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Geburtstermin:

Wann haben Sie das letzte Mal eine/n Frauenärztin/-arzt konsultiert? Datum:

Wurde ein Krankhafter Befund erhoben? Ja Nein
Befund

Name/Adresse der Ärztin/des Arztes:

Prämienzahlung

monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich** jährlich***

ESR LSV (Bank)* sep. Formular Débit Direct (Post)* sep. Formular

*Lastschriftverfahren auch für Kostenbeteiligung

Ja Nein

**1% Skonto

***2% Skonto

Der Skonto kann jederzeit angepasst werden

Zahlungsadresse für Rückerstattungen (pro Familie kann nur eine Zahlungsadresse angegeben werden)

Bank IBAN

Postcheck-Konto

Lautend auf

Name

Vorname

PLZ

Ort

Beitrittserklärung

1. Ich beantrage für mich bzw. der von mir vertretenen Person die Versicherung gemäss beiliegendem Antrag 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 VERSICHERUNGEN zur Folge haben können.
3. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass bei Ärztinnen und Ärzten, Therapeuten sowie Krankenkassen, Ämtern und Versicherungsgesellschaften nötigenfalls Auskunft über Gesundheitsverhältnisse eingeholt wird und entbinde alle davon betroffenen Medizinal- und medizinischtherapeutischen 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.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers, resp. des gesetzlichen Vertreters