

## ZUSATZVERSICHERUNGEN NACH VVG

Antrag auf  **Versicherungsabschluss**  **Versicherungsänderung**

### 1. Personalien

Name: \_\_\_\_\_ In der Schweiz angemeldet seit: \_\_\_\_\_
   
 Vorname: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbewilligung Kat.: \_\_\_\_\_
   
 Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_
   
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_
   
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon Privat: \_\_\_\_\_
   
 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_
   
 Zivilstand: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Familien-Hauptpolice (Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

Eingang:

Versicherten-Nr.

Familien-Nr.

Visum RVK/VA

### 2. Versicherungen nach VVG

#### 2.1 Krankenpflegezusatzversicherung nach VVG; Versicherer: vita surselva

Zusatz Allgemein  Cumpletta

#### 2.2 Spitalzusatzversicherung nach VVG

Spitaltaggeld; Versicherer: vita surselva Versicherungssumme pro Tag Fr. \_\_\_\_\_
   
 Spitalkapital; Versicherer: vita surselva Versicherungssumme Fr. \_\_\_\_\_
   
 allgemeine Abteilung (Kombi A); Versicherer: vita surselva
   
 wählbare Abteilung (SWITCH); Versicherer: innova AG (separates Formular)
   
 halbprivate Abteilung (Activa B); Versicherer: innova AG (separates Formular)
   
 private Abteilung (Activa C); Versicherer: innova AG (separates Formular)

#### 2.3 Zahnbehandlungskosten-Zusatzversicherungen nach VVG; Versicherer: innova AG

DENTA 1 50% max. Fr. 1000.-- pro Kalenderjahr (separates Formular)
   
 DENTA 2 75% max. Fr. 1500.-- pro Kalenderjahr (separates Formular)
   
 DENTA 3 75% max. Fr. 3000.-- pro Kalenderjahr (separates Formular)

#### 2.4 Risikokapitalzusatzversicherungen nach VVG

Risikokapital bei Tod und Invalidität durch Unfall (UTI); Versicherer: Solida AG
   
 Tod Fr. \_\_\_\_\_ IV Fr. \_\_\_\_\_ 350%
   
 Risikokapital bei Tod und Invalidität durch Krankheit (KTI); Versicherer: Generali AG
   
 Tod Fr. \_\_\_\_\_ IV Fr. \_\_\_\_\_ (separates Formular)

**Total Monatsprämie**

Monatsprämie

### 3. Zahlungsverkehr

Zahlungs-/Gutschriftsadresse  LSV (Bank)  DD (Post)  Rechnung (ESR)

Bankadresse: \_\_\_\_\_

IBAN-Nummer: \_\_\_\_\_

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_

Prämien-Zahlungsart  monatlich  zweimonatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

### 4. Zahlungsverzug

Gerät ein Versicherter mit der Zahlung der ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung in Verzug und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt, ruht die Anspruchsberechtigung, bis die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Mah- und Umtriebsspesen, allfällige Verzugszinsen und Betreibungskosten vollständig bezahlt sind. Die durch Zahlungsausstände verursachten Mah- und Umtriebsspesen gehen zu Lasten des Versicherten.

sanavals kann bis zur Einleitung eines Fortsetzungsbegehrens ihre Leistungen mit fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen verrechnen. Dem Versicherten steht diese Möglichkeit nicht zu.

### 5. Versicherungsbeginn

Der Beitritt erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Versicherung. (Bitte warten Sie mit der Kündigung, bis wir Ihnen den Versicherungsabschluss ohne Ausschluss von Versicherungsleistungen bestätigt haben und den nächstmöglichen Eintrittstermin mitteilen.)

Versicherungsbeginn per: \_\_\_\_\_

## 6. Gesundheitsfragen

- a) Körpergrösse (cm) \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg) \_\_\_\_\_
- b) Stehen Sie zurzeit in **ärztlicher, zahnärztlicher** oder sonstiger **therapeutischer Behandlung** oder Kontrolle bzw. beabsichtigen Sie eine solche?  ja  nein
- Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_  
bei wem? (Name und Adresse) \_\_\_\_\_  
Wer ist Ihr **Hausarzt** oder der Arzt, den Sie üblicherweise konsultieren? \_\_\_\_\_
- c) Besteht eine Behandlung wegen Zahn-/Kieferfehlstellungen, ist eine solche vorgesehen?  ja  nein
- d) Ist ein **Spital-, Rehabilitations- oder Kuraufenthalt** oder eine ambulante oder stationäre **Operation** vorgesehen?  ja  nein
- Wenn ja, weshalb \_\_\_\_\_  
Einweisende(r) Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_
- e) Haben Sie früher irgendwelche körperlichen oder psychischen Krankheiten durchgemacht oder Unfälle erlitten, die zu **ärztlicher** oder sonstiger **therapeutischer Behandlung** geführt haben? (eventuell mit Spitalaufenthalt, Kur oder Operation)  ja  nein
- | Wann, Dauer? | Welche? | Behandelt durch? Name, Adresse<br>Arzt/Ärztin, Spital, Kuranstalt, Therapeut/in) | Restbeschwerden<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--------------|---------|--|--|
| _____        | _____   | _____  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                    |
| _____        | _____   | _____  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                    |
| _____        | _____   | _____  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                    |
| _____        | _____   | _____  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                    |
- f) Hatten Sie schon je eine Ablehnung bei einer anderen Versicherung?  ja  nein
- Wenn ja, warum und wann? \_\_\_\_\_
- g) Haben Sie zurzeit oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren sonstige **gesundheitliche** (körperliche oder psychische) **Beschwerden** (z.B. häufige Kopfschmerzen, Allergien, etc.)  ja  nein
- Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
- h) Bestehen bei Ihnen **Folgen** einer **Krankheit**, eines **Unfalls** oder eines **Geburtsgebrechens**?  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- i) Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren **medizinische Analysen** vorgenommen oder werden Sie sich demnächst einer solchen unterziehen? (z.B. EKG, AIDS-Test, Blut-, Urin- oder Röntgenuntersuchungen usw.)  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Durch wen und wann? \_\_\_\_\_  
Befund \_\_\_\_\_
- j) Sind Sie zurzeit **voll arbeitsfähig**? (nur für Erwachsene)  ja  nein
- Wenn nein, warum? \_\_\_\_\_
- k) Besteht oder bestand eine **Abhängigkeit** von **Nikotin, Alkohol, Medikamenten** oder sonstigen **Drogen**?  ja  nein
- Wenn ja, von welchen? \_\_\_\_\_
- l) **Nur für Frauen:**  
Wann haben Sie letztmals eine(n) Frauenärztin/-arzt konsultiert? \_\_\_\_\_  
Wurde ein krankhafter Befund erhoben?  ja  nein  
Name und Adresse der Ärztin/des Arztes \_\_\_\_\_  
Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin \_\_\_\_\_

## 7. Beitrittserklärung

Ich beantrage für mich bzw. die von mir vertretene Person die obgenannten Versicherungen bei der sanavals. Ich bestätige, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich nehme davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben eine Leistungsverweigerung oder -kürzung, einen nachträglichen Ausschluss von Versicherungsleistungen mit Rückforderung bzw. den Rücktritt vom Vertrag durch die sanavals zur Folge haben können. Ich bestätige, dass ich vor Einreichung dieses Antrages die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Zusatzbedingungen (ZB) für die beantragten Zusatzversicherungen erhalten habe. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Ärztinnen/Ärzten, bei Therapeuten/Therapeutinnen sowie bei Krankenversicherern und Versicherungsgesellschaften nötigenfalls Auskunft über Gesundheitsverhältnisse eingeholt wird und entbinde alle davon betroffenen Medizinal- und medizinisch-therapeutischen Personen gegenüber der sanavals vom Berufsgeheimnis. Im Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die sanavals die für die Leistungsfallbearbeitung erforderlichen Daten an andere Versicherer übermitteln kann.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (bei minderjährigen, gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_