

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

allgemeine Abteilung (Kombi A); Versicherer: vita surselva
 wählbare Abteilung (SWITCH); Versicherer: innova AG
 halbprivate Abteilung (Activa B); Versicherer: innova AG
 private Abteilung (Activa C); Versicherer: innova AG
 Spitalkapital; Versicherer: vita surselva

Versicherungssumme Fr. _____

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 Invaliddität durch Unfall (UTI); Versicherer: Solida AG
 Tod Fr. _____ IV Fr. _____ 350%
 Risikokapital bei Tod und Invaliddität durch Krankheit (KTI); Versicherer: Generali
 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, Mahn- und Umtriebsspesen, allfällige Verzugszinsen und Betreibungskosten vollständig bezahlt sind. Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- 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
Arzt/Ärztin, Spital, Kuranstalt, Therapeut/in) | Restbeschwerden
<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?
 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

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) _____