

TAGGELDVERSICHERUNG NACH KVG

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)

Wird von der Versicherung ausgefüllt.

 Eingang:

 Versicherten-Nr.

 Familien-Nr.

2. Versicherungen nach KVG

2.1 Kranken- und Unfalltaggeld KVG

Krankheit Unfall Krankheit/Unfall

Versicherungssumme pro Tag Fr. _____ Wartezeit: _____ Tage
 Versicherungssumme pro Tag Fr. _____ Wartezeit: _____ Tage
 Versicherungssumme pro Tag Fr. _____ Wartezeit: _____ Tage

Total Monatsprämie

Monatsprämie

3. Zahlungsverkehr

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

Bankadresse: _____
 Konto-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 Betriebskosten 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. Andere Versicherungen

5.1 Andere Versicherungsdeckungen

- a) Kranken- und Unfalltaggeld: ja nein
 Wenn ja, Höhe der versicherten Summe: _____ Name der Versicherung: _____
- b) Beziehen Sie eine Rente (bzw. Leistungen)? ja nein
 Wenn ja, von welcher Versicherung: _____
 (Wenn ja, bitte Verfügung oder Rentenentscheid beilegen)
- c) Ist eine Rente beantragt? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

6. 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: _____

7. 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) 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? _____

- g) Bestehen bei Ihnen **Folgen** einer **Krankheit**, eines **Unfalls** oder eines **Geburtsgebrechens?** ja nein
- Wenn ja, welche? _____

- h) 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 _____

- i) Sind Sie zurzeit **voll arbeitsfähig**? (nur für Erwachsene) ja nein
- Wenn nein, warum nicht? _____

- j) Besteht oder bestand eine **Abhängigkeit** von **Nikotin, Alkohol, Medikamenten** oder sonstigen **Drogen?** ja nein
- Wenn ja, von welchen? _____

- k) **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 _____

8. Beitrittserklärung

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die Taggeldversicherung 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 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) _____