

Versicherungsantrag Zusatzversicherung nach VVG

Neuantrag per _____ **Versicherungsänderung per** _____

Vorgeburtliche Anmeldung Familienoberhaupt: _____

Versicherungs-/Kollektivnummer: _____ Retour an MA _____

1. Mitgliederdaten

Versicherungsnehmer Versicherte Person M F

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Natel: _____ e-Mail: _____

Nationalität: _____ Beziehen Sie eine Rente im Ausland: Ja Nein

Begünstigtenadresse (nur falls Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch!) **Permis:** B C L CH

2. Zahlungsverkehr

Einzahlungsschein jährlich halbjährlich vierteljährlich

LSV DD jährlich halbjährlich vierteljährlich zweimonatlich monatlich

Bankverbindung/Name und Adresse: _____

IBAN: _____ PC-Nummer: _____

3. Beantragte Versicherungen

	Monatsprämie
Freiwillige Zusatzversicherungen nach VVG	
<input type="checkbox"/> Sana <input type="checkbox"/> Sana Plus <input type="checkbox"/> Ospita Plus	Fr. _____
Ospita (Spitalversicherung)	
<input type="checkbox"/> Ospita 1 (allgemein) <input type="checkbox"/> Ospita 2 (halbprivat) <input type="checkbox"/> Ospita 3 (privat)	Fr. _____
UTI (Unfall- Tod- und Invaliditäts-Risiko-Versicherung)	
Versicherungssumme Tod Fr. _____ Invalidität Fr. _____	Fr. _____
KTI (Krankheit- Tod- und Invaliditäts-Risiko-Versicherung)	
Versicherungssumme Tod Fr. _____ Invalidität Fr. _____	Fr. _____
Patientenrechtsschutzversicherung	
<input type="checkbox"/> Policenträger <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kinder bis 18 Jahre	Fr. _____
Denta (Zahnpflegeversicherung)	
<input type="checkbox"/> Klasse 1 75% max. Fr. 500.- pro Jahr	Fr. _____
<input type="checkbox"/> Klasse 2 75% max. Fr. 1000.- pro Jahr	Fr. _____
<input type="checkbox"/> Klasse 3 75% max. Fr. 1500.- pro Jahr	Fr. _____
<input type="checkbox"/> Klasse 4 75% max. Fr. 3000.- pro Jahr	Fr. _____
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____	
Welche Behandlung wurde durchgeführt? _____	
War damit die Behandlung abgeschlossen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name und Adresse des damaligen behandelnden Zahnarztes? _____	
Ist in voraussehbarer Zeit eine Behandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie zur Zeit irgendwelche Leiden oder Beschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist demnächst ein Zahnarztbesuch oder ein Zahnstellungskorrekturbehandlung geplant? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Total Monatsprämie	Fr. _____

Krankentaggeld/Moneta nach VVG

- ersetzt bisherige Versicherung von Fr. _____ ab _____ Tag
- Krankheit Unfall Fr. _____ ab _____ Tag
- Krankheit Unfall Fr. _____ ab _____ Tag

Monatsprämie

Fr. _____

Fr. _____

Fr. _____

Zusätzliche Angaben bei Abschluss einer Krankentaggeldversicherung Moneta nach VVG

Sind Sie... haushaltführend arbeitslos selbstständig angestellt

Name des Arbeitgebers _____

Arbeitszeit pro Woche _____ Std.

Wie viel und wie lange erhalten Sie Ihren Lohn bei Krankheit? _____ % Lohn _____ Tage

Wie viel und wie lange erhalten Sie Ihren Lohn bei Unfall? _____ % Lohn _____ Tage

Besteht noch eine andere Taggeldversicherung? ja nein

Wenn ja, bei wem? _____ Für Fr. _____ pro Tag

4. Vorversicherer**a) Sind Sie bisher bei einem anderen Krankenversicherer ganz/teilweise für die gleichen Risiken versichert?**

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____ Geschäftsstelle _____

Welche Versicherungsdeckungen? _____ Versichert seit _____

Bestehen Leistungseinschränkungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen derzeit bei Vorversicherer Prämienausstände? ja nein

b) Sind Sie bei einem anderen Versicherer gegen Unfall versichert?

Arbeitgeber nur für Berufsunfälle für Berufs- und Freizeitunfälle private Versicherung

Bei welcher Gesellschaft? _____

c) Beziehen Sie eine Invalidenrente oder sind Kapitalabfindungen ausbezahlt worden? ja nein

Wenn ja, von wem? Invalidenversicherung Unfallversicherung Militärversicherung

Andere (bitte genaue Bezeichnung angeben)

Ist eine Rente oder Kapitalabfindung beantragt? ja nein

Wenn ja, welche? (Bitte legen Sie die Verfügung oder eine Kopie der Antragsstellung bei)

Welche Gesellschaft? _____

5. Detaillierte Gesundheitserklärung

a) Körpergrösse in cm _____ Körpergewicht in kg _____

b) Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher, zahnärztlicher oder sonstiger therapeutischer Behandlung oder Kontrolle oder ist eine in nächster Zeit geplant? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Bei wem? _____

Wer ist Ihr Hausarzt oder behandelnde Arzt? _____

c) Ist ein Spital-/Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation geplant/vorgesehen? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

Einweisender Arzt? _____

Welche Institution? _____

d) Nennen Sie die Behandlungen oder Kontrollbesuche beim Arzt/Spital/Therapeuten in den letzten sechs Jahren.

keine Behandlungen/Kontrollen in den letzten sechs Jahren.

Wenn ja, bitte detailliert angeben

Behandlung	Behandlungsdatum	Therapeut/Institution	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

e) Leiden oder litten Sie in den letzten fünf Jahren an sonstigen gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden, die Krankheitswert haben, welche Sie jedoch ohne Therapeut oder selber behandelt haben?

ja nein

Welche? _____

f) Bestehen bei Ihnen Folgen von Krankheiten, Unfällen oder Geburtsgebrechen?

ja nein

Welche? _____

g) Wurden in den letzten fünf Jahren medizinische Analysen durchgeführt?

ja nein

Aids Test? ja nein Resultat _____

Andere Tests? ja nein Resultat _____

h) Sind Sie zur Zeit vollständig arbeitsunfähig? (Nur für Antragssteller ab 16 Jahren)

ja nein

i) Wurde bei Ihnen ein Suchtpotential diagnostiziert und eventuell schon behandelt?

ja nein

Alkohol Drogen Medikamente

Andere (bitte genaue Bezeichnung angeben) _____

k) Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Krankheitsfragen oder Gesundheitsstörungen

Leiden oder litten Sie jemals an einer der folgenden Gesundheitsstörungen bzw. besteht oder bestanden folgende Krankheitsveranlagungen? (Unterschreiben Sie bitte die zutreffenden Krankheitsanlagen oder Gesundheitsstörungen)

a) Erkrankungen der Atmungsorgane

Lungen- oder Brustfellentzündungen, chronischer Husten, Bronchitis, Asthma, Silikose oder andere ja nein

b) Erkrankungen des Herzens oder der Blutgefässe

Herzfehler, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Bluthochdruck, tiefer Blutdruck, Aneurysma, Gefässerkrankungen (Krampfadern, entzündliche Gefässerkrankungen), andere ja nein

c) Erkrankungen der Verdauungsorgane

Magen, Darm, Milz, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchfell, Gelbsucht, Gallenblase, andere ja nein

d) Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane

Nieren, Blasen, Prostata, Geschlechtsorgane (Hoden, Eierstöcke, Gebärmutter, Eileiter), Nierensteine, Eiweisse oder Blutansammlungen im Urin, andere ja nein

e) Psychische Erkrankungen

Depression, Psychosen, Gemütsleiden, Persönlichkeitsstörung, psychosomatische Gesundheitsstörungen wie hohe Nervosität oder Ess- und Schlafstörungen ja nein

f) Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems

Schwindelanfälle, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, entzündliche Nervenerkrankungen, Gedächtnisschwäche, multiple Sklerose, andere ja nein

g) Krankheiten der Haut- und Hautanhangsorgane und der Sinnesorgane

Ekzeme, Hautausschläge, Augen- und Ohrenleiden, andere ja nein

Nagelpilz, Haarerkrankungen, andere ja nein

Verminderung der Seh- und Hörfähigkeit ja nein

Kann die Verminderung durch eine Seh- oder Hörhilfe vollständig korrigiert werden? ja nein

h) Infektionskrankheiten

Tuberkulose, AIDS, Diphtherie, Scharlach, Malaria, Gelbsucht, andere ja nein

i) Krankheiten der Knochen und Gelenke

Wirbelsäule, Hexenschuss, Ischialgie, Arthritis, rheumatische Erkrankungen, Missbildungen, andere ja nein

k) Stoffwechsel- und Drüsenkrankheiten

Diabetes, Gicht, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Mangel an Drüsensäften, Nebennieren, Hormonstörungen, andere ja nein

l) Neurovegetative Störungen, Allergien

Dystonie, Asthma, bronchiale, Heuschnupfen, Lebensmittelallergien, andere ja nein

- m) Tumore, Geschwülste, Krebs ja nein
- n) Andere Erkrankungen, Krankheitsanlagen, Gebrechen, Unfallfolgen, Gesundheitsstörungen
Nach welchen in der nicht abschliessenden Aufzählung nicht ausdrückliche gefragt wurde? ja nein
- o) Für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre
Stehen Sie zur Zeit in einer kieferorthopädischen Behandlung oder ist eine solche geplant? ja nein

Nur für Frauen

- Wann haben Sie das letzte Mal einen Frauenarzt konsultiert? _____
- Wurde ein behandlungsbedürftiger Befund erhoben? ja nein
- Name und Adresse des Gynäkologen? _____
- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Voraussichtlicher Geburtstermin? _____
- Haben Sie schon einmal eine Fehlgeburt erlitten? ja nein
- Besteht oder bestanden Zyklusstörungen oder Blutungsanomalien und Veranlagungen? ja nein
- Andere gynäkologische Beschwerden oder Krankheitsanlagen? ja nein
- Wenn ja, welche? _____

7. Detailangaben zu positiv beantworteten Fragen 5 a-i und 6 a-o

Ziffer	Welche Gesundheitsstörung, Unfall, Krankheit, Beschwerden oder Untersuchungen	Behandlungsdatum/ Behandlungsdauer	Abgeschlossen?	Therapeut/Institution (genaue Adresse)

8. Versicherungsbeginn

Bitte beachten Sie für den Versicherungsbeitrag zur **sodalıs** gesundheitsgruppe die Kündigungsfristen der Vorversicherer. Warten Sie in jedem Fall, bis Sie von uns die definitive Aufnahmebestätigung erhalten haben. Leistungseinschränkungen/Vorbehalte werden Ihnen in jedem Fall schriftlich mitgeteilt.

9. Beitrittserklärung

Der/die Unterzeichnende bescheinigt hiermit, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Bei unrichtiger oder unvollständiger Beantwortung können Leistungen gekürzt, verweigert oder zurückgefordert, oder es kann ein rückwirkender Vorbehalt angebracht, der Ausschluss angeordnet oder die Versicherung durch Rücktritt aufgelöst werden.

Der/die Unterzeichnende ermächtigt **sodalıs**, jederzeit bei allen Medizinal- und/oder medizinisch-therapeutischen Personen sowie bei anderen Versicherern, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes oder der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen und befreit diese ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und der Schweigepflicht gegenüber **sodalıs**.

Ort/Datum

**Unterschrift des Gesuchstellers
bzw. des gesetzlichen Vertreters**

10. Interne Bemerkungen

- Risikoprüfung notwendig? Ja Nein
- Arztbericht notwendig? Ja Nein
- Bei folgenden Ärzten/Institutionen _____
- Empfehlung Vertrauensarzt _____

Entscheid Risikoprüfung Akzeptiert Ablehnung Leistungseinschränkung

Vorbehaltsformulierung _____

Datum/Unterschrift Sachbearbeiter
