

Versicherungsantrag Moneta nach KVG

Neuantrag per _____ **Versicherungsänderung per** _____

Familienoberhaupt: _____

Versicherungs-/Kollektivnummer: _____ Retour an MA _____

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

Name der bestehenden Krankenversicherung _____

Zahlungsverkehr

Einzahlungsschein jährlich halbjährlich vierteljährlich

LSV DD jährlich halbjährlich vierteljährlich zweimonatlich monatlich

Bankverbindung/Name und Adresse: _____

IBAN: _____ PC-Nummer: _____

Beantragte Versicherungen

Krankentaggeld/Moneta nach KVG (max. Fr. 25.-)

ersetzt bisherige Versicherung von Fr. _____ ab _____ Tag

Krankheit Unfall Fr. _____ ab _____ Tag

Monatsprämie

Fr. _____

Fr. _____

Zusätzliche Angaben bei Abschluss einer Krankentaggeldversicherung Moneta nach KVG

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

bitte wenden

Gesundheitsverhältnisse

Die Antragsfragen müssen vollständig, wahrheitsgetreu und deutlich beantwortet werden. Angaben und Unterlagen, welche besonders schützenswerte Daten enthalten, können innert einer Frist von 14 Tagen mit dem Vermerk «Vertrauensärztlicher Dienst» an die Direktion des Versicherers zugestellt werden. Wird von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, ist dies bei den entsprechenden Fragen im Antrag zu vermerken.

Gesundheitserklärung

Name und Adresse Ihres Hausarztes: _____

Wann erfolgte das letzte Mal eine Behandlung oder eine Untersuchung ? Datum: _____

Grund: _____

Körpergrösse: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

1. Sind Sie zur Zeit krank oder haben Sie gesundheitliche Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Sind Sie gegenwärtig in Behandlung bei einem Arzt, Chiropraktor, Therapeuten oder einer anderen medizinischen Fachperson?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Benötigen Sie gegenwärtig regelmässig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Beschwerden?		
Psychiatrische oder neurotische Erkrankungen (Depression, Epilepsie, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Lungen, chronischer Husten, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Herzens und der Blutgefässe (Herzinfarkt, Blutdruck, Venenleiden, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumore oder Krebskrankheiten (Leukämie, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Harn- oder Geschlechtsorgane (Nieren, Blase, Prostata, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel- oder Drüsenkrankheiten (Zuckerkrankheit, Hepatitis, Cholesterinprobleme, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankheiten der Knochen und Gelenke (Rückenbeschwerden, Diskushernie, Rheuma, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankheiten der Haut oder der Sinnesorgane (Ekzeme, Augen- oder Ohrenleiden, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt, der ein HIV-positives Resultat ergab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Konsumieren Sie oder haben Sie regelmässig Drogen konsumiert (Alkohol, Haschisch, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Bestehen Krankheits- oder Unfallfolgen, Missbildungen, Geburtsgebrechen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Für Frauen:		
Besteht eine Schwangerschaft (Karenzfrist 270 Tage für Mutterschaftsleistungen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden oder litten Sie an einer gynäkologischen Erkrankung oder einem Brustleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wurden eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet, bitte nähere Angaben nachfolgend aufführen:

Ziffer	Krankheit, Unfälle, Gebrechen	Wann?	Name/Adresse des Arztes/Spitals?

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 **sodal^{is}**, 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 **sodal^{is}**.

Ort/Datum

Unterschrift des Gesuchstellers
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Datum/ Unterschrift Sachbearbeiter
