



Verbindlich

Pro forma

Police Nr.

Agentur Nr.

Berater Nr.

Kollektivvertrag Nr.

Antrag um Aufnahme in die Krankenversicherung

mit subsidiärer Unfalldeckung

Allnova Consulting GmbH - Badenerstrasse 617 - 8048 Zürich - Tel: 043 818 68 68

Angaben zur versicherten Person

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht Zivilstand

Beruf

Angestellte(r) Selbständigerwerbende(r) Ohne Anstellung

Name und Adresse des Arbeitgebers

Telefon-Nummer

Nationalität

Für Ausländer, Ausweis Ausweis-Nr. gültig bis

Ehepartner (Name, Vorname)

Rechtsvertreter für Minderjährige (Name, Vorname) Geburtsdatum

Andere Assura-Verträge der Familie (Name, Vorname, Police)

Wohnsitz

Strasse Nr.

Adresszusatz

PLZ, Ort Kanton

Wohnhaft seit

Adresse für den Postversand, wenn nicht identisch mit dem Wohnsitz

Strasse Nr.

Adresszusatz

PLZ, Ort Kanton

Versicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG), von der ASSURA verwaltet

		Unfall		Monatsprämie*
		ohne	mit	
<input type="checkbox"/> BASIS	Jahresfranchise <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HAUSARZTMODELL	Jahresfranchise <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Familienrabatt ab 2 Kindern

*Unter Vorbehalt von Tarifänderungen bis zum Inkrafttreten des Vertrages



Verbindlich

Pro forma

Police Nr.

Agentur Nr.

Berater Nr.

Kollektivvertrag Nr.

Versicherungsantrag VVG

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherungen gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), von der ASSURA S.A. verwaltet

	Unfall		Monatsprämie
	ohne	mit	
<input type="checkbox"/> COMPLEMENTA PLUS Zusatzversicherung für besondere Pflegeleistungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> COMPLEMENTA MAXI Zusatzversicherung für erweiterte Leistungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HOSPITA Fr. 500.- 1000.- 1500.- 2000.- 2500.- 3000.-

Kapitalversicherung im Falle eines Spitalaufenthaltes

<input type="checkbox"/> PRIVECO (2 Betten) <input type="checkbox"/> PRIVECO PLUS (1 Bett) Spitalaufenthalt in der Privatabteilung einer öffentlichen oder subventionierten Einrichtung im Wohnkanton	}	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> OPTIMA (2 Betten) <input type="checkbox"/> OPTIMA PLUS (1 Bett) Spitalaufenthalt in der Privatabteilung mit Wahleinschränkung der Einrichtung				
<input type="checkbox"/> ULTRA Spitalaufenthalt in der Privatabteilung ohne Wahleinschränkung der Einrichtung				

N.B. Leistungen für Mutterschaft in der Privatabteilung oder in einer Klinik sind durch unsere Spitalzusatzversicherungen nicht gedeckt.

MONDIA Ferien- und Reiseversicherung.....

DENTA Zahnbehandlungskosten (entsprechende Rubrik muss ergänzt werden)

DENTA PLUS Zahnbehandlungskosten (entsprechende Rubrik muss ergänzt werden)

NATURA Alternativmedizin (entsprechende Rubrik muss ergänzt werden).....

MEDNA Alternativmedizin, die durch einen FMH-Arzt erbracht wird (entsprechende Rubrik muss ergänzt werden)

PECUNIA Taggeldversicherung Fr. .- ab dem . Tag

(entsprechender Fragebogen muss beigelegt werden) Fr. .- ab dem . Tag

ZUSATZVERSICHERUNGEN BEI UNFALL

	Tod	Invalidität	
<input type="checkbox"/> PREVISIA Todesfall- und Invaliditätskapital infolge Unfall	Fr. <input type="text"/> .-	Fr. <input type="text"/> .-	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> PREVISIA PLUS Individuelle Unfallversicherung	Fr. <input type="text"/> .-	Fr. <input type="text"/> .-	
Taggeld bei Spitalaufenthalt	Fr. <input type="text"/> .-		
Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit	Fr. <input type="text"/> .-	Wartefrist <input type="text"/> Tage	Heilungskosten <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="text"/>

MONATLICHE PRÄMIE VVG

KOMBINATIONS-RABATT

NETTO-PRÄMIE VVG

Für Kinder bis 18 Jahre wird auf jede abgeschlossene Kategorie (ausser Previsia) ein Familienrabatt von 20% gewährt

Gesundheitszustand

Welchen Arzt suchen Sie üblicherweise auf?

Name, Vorname

Adresse

Wann haben Sie ihn zuletzt konsultiert?

Datum (Monat/Jahr)

Aus welchem Grund?

Grösse

cm

Gewicht kg

JA NEIN

- 1) Sind Sie zurzeit krank oder arbeitsunfähig? JA NEIN
- 2) Waren Sie in den letzten zehn Jahren in Behandlung oder mussten Sie hospitalisiert werden? JA NEIN
- 3) Ist eine Behandlung oder ein Spitalaufenthalt geplant oder vorgesehen? JA NEIN
- 4) Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Beschwerden:
- a) Psychiatrische oder neurologische Erkrankungen (Depressionen, psychische oder neurotische Störungen, Epilepsie, Ohnmacht, Schwindelanfälle usw.)? JA NEIN
 - b) Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma, Lungenentzündung, andauernder Husten usw.)? JA NEIN
 - c) Erkrankungen des Herzens und der Blutgefässe (Herzinfarkt, Blutdruck, Gefässerkrankungen, Venenentzündungen usw.)? JA NEIN
 - d) Krampfadern (Varizen)? JA NEIN
 - e) Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Milz, Gelbsucht, Geschwüre, Hämorrhoiden usw.)? JA NEIN
 - f) Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (Nieren, Blase, Prostata, Steine, Geschlechtskrankheiten usw.)? JA NEIN
 - g) Krankheiten der Knochen und Gelenke (Knie, Ellbogen, Bänder, Wirbelsäule, Diskushernie, Ischias, Rückenschmerzen, Arthritis, Rheuma usw.)? JA NEIN
 - h) Krankheiten der Haut und Sinnesorgane (Ekzem, Psoriasis, Augen- oder Ohrenleiden usw.)? JA NEIN
 - i) Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüsenbeschwerden, Gicht, Übergewicht, Bulimie, Anorexie usw.)? JA NEIN
 - j) Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, AIDS, Hepatitis usw.)? JA NEIN
 - k) Tumore oder Krebskrankheiten? JA NEIN
 - l) Psychosomatische oder neurovegetative Krankheiten, Allergien, Migräne? JA NEIN
 - m) Missbildungen, Verformungen oder Gebrechen? JA NEIN
- 5) Nehmen Sie regelmässig Medikamente? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Dosis?

Aus welchem Grund?

- 6) Haben Sie jemals eine Kur gemacht oder ist eine solche geplant? (Thermalkur, Abmagerungskur, Genesungskur, Rehabilitationskur usw.)? JA NEIN
- 7) Mussten Sie sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen? JA NEIN
- 8) Leiden Sie an Folgen eines Unfalls? JA NEIN
- 9) Haben Sie Kenntnis von anderen Gesundheitsproblemen, die noch nicht behandelt wurden? JA NEIN
- 10) Konsumieren oder konsumierten Sie regelmässig Alkohol oder Tabak? JA NEIN

Wenn ja, in welcher Quantität?

- 11) Konsumieren oder konsumierten Sie Suchtmittel? JA NEIN

Wenn ja, welche(s) und wie lange?

- 12) Haben oder hatten Sie Anspruch auf Leistungen der IV, der Militärversicherung oder anderer Versicherungen? JA NEIN

(Wenn ja, eine Kopie des Entscheides beilegen)

13) Für die Antragstellerin:

- a) Leiden oder litten Sie an gynäkologischen Beschwerden (Eierstöcke, Gebärmutter, Eileiter, Sterilität, Beschwerden aufgrund der Menopause oder Prämenopause usw.) oder Beschwerden der Brüste? JA NEIN
- b) Sind Sie schwanger? JA NEIN

Wenn ja, voraussichtliches Datum der Niederkunft

c) Name und Adresse Ihres Gynäkologen?

Datum der letzten Konsultation

- 14) Möchten Sie vertrauliche Informationen über Ihren Gesundheitszustand, die Sie nicht in diesem Aufnahmegesuch angegeben haben, unserem Vertrauensarzt mitteilen? Wenn ja, können Sie dies schriftlich innert 5 Tagen an ASSURA S.A., Vertrauensarzt, Postfach 61, 1009 Pully, tun JA NEIN

Zusätzliche Angaben (bitte ausfüllen, wenn Sie eine oder mehrere der Fragen 1 bis 13 des Gesundheitsfragebogens mit «JA» beantwortet haben)

Ziffer	Krankheiten, Unfälle, Störungen, Untersuchungen usw.	Beginn der Behandlung (Monat/Jahr)	Ende der Behandlung (Monat/Jahr)	Totale Heilung		Behandelnde Ärzte oder Spitäler (Name und Adresse)
				JA	NEIN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

(Wenn nötig, bitte zusätzliches Blatt verwenden)

DENTA / DENTA PLUS Deckung

Welchen Zahnarzt suchen Sie üblicherweise auf? (Name, Adresse, Tel.-Nr.)

Datum der letzten Konsultation

Fragebogen für ein Gesuch um Übertritt von der Kategorie DENTA in DENTA PLUS sowie für Kinder bis zum 8. Lebensjahr (vom Rechtsvertreter auszufüllen)

Haben oder hatten Sie ein Zahnproblem? JA NEIN

Wenn ja, welches (Fehlstellung der Zähne, Karies, Unfallfolgen usw.)?

Ist eine zahnärztliche oder orthodontische Behandlung geplant? JA NEIN

Haben Sie bereits einen Zahnarzt kontaktiert oder konsultiert? JA NEIN

Wenn ja, welchen? Wann?

Aus welchem Grund?

Für Neuversicherte ab dem 8. Lebensjahr: ein spezifischer Fragebogen wird Ihrem Zahnarzt zugestellt

NATURA / MEDNA Deckung

1) Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Gesundheitsbeschwerden? JA NEIN

Wenn ja, welche?

2) Haben Sie schon einen oder mehrere Naturheiltherapeuten konsultiert? JA NEIN

Wenn ja, welche?

a) Aus welchem Grund?

b) Welche Naturheilmethoden wurden praktiziert und wie viele Sitzungen waren erforderlich?

c) Beginn und Ende der Behandlung? Beginn Ende

d) Ist die Behandlung abgeschlossen? JA NEIN e) Ist das Leiden geheilt? JA NEIN

3) Ist eine weitere Behandlung vorgesehen? JA NEIN Warum?

Bei wem? (Name, Adresse, Tel.-Nr.)

Andere Kranken- und Unfallversicherungen

Wenn Sie über eine Zusatzversicherung für Krankheit oder Unfall (VVG) verfügen, bei welchem Versicherer?

Sind diese Zusatzversicherungen gekündigt?

 JA NEIN

Wenn ja, auf welches Datum?

Allfällige Bemerkungen

Inkrafttreten und Vertragsdauer des VVG-Vertrages

Vertragsbeginn der VVG-Deckung

Ausgabe AVB für das VVG

Prämienverfall VVG: 1. Januar

Minimale Vertragsdauer der VVG-Deckungen: 5 Jahre

Bestätigung des Antragstellers

«Ich bestätige, den obigen Fragebogen sowie sämtliche beigelegten Dokumente genau und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Ich allein bin für die gegebenen Antworten verantwortlich, auch wenn diese von einer Drittperson eingetragen wurden. Ich weiss, dass falsche Angaben Massnahmen nach sich ziehen, die bis zum Verlust der Versicherungsdeckung führen können. Ich habe ein Exemplar der Versicherungsbedingungen der Assura S.A. erhalten.

Ich ermächtige alle medizinischen Institutionen (Ärzte, Physiotherapeuten, Spitäler usw.), dem Vertrauensarzt der Assura S.A. sämtliche Auskünfte über meinen Gesundheitszustand weiterzuleiten. Ausserdem ermächtige ich den Vertrauensarzt der Assura S.A. in sämtliche von der Assura, Kranken- und Unfallversicherung, bearbeiteten Dossiers Einsicht zu nehmen oder bei allen anderen Privat- oder Krankenversicherern Informationen einzuholen. Ich habe die Gewissheit, dass die erhaltenen Informationen vertraulich behandelt und Dritten nur im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen, gerichtlicher Verfahren oder mit meiner Genehmigung weitergegeben werden. Ich wurde vom Berater über die Bearbeitung meiner Daten informiert.

Der vorliegende Versicherungsantrag gilt als akzeptiert, wenn ich eine Versicherungspolice oder eine schriftliche Bestätigung erhalten habe. Bis zu diesem Zeitpunkt muss jede Veränderung des Gesundheitszustandes dem Versicherer gemeldet werden.

Insbesondere habe ich von den Zusatzversicherungsprodukten, ihren Besonderen Versicherungsbedingungen, der minimalen Vertragsdauer, den Kündigungsfristen, den Deckungseinschränkungen gemäss Artikel 4.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen der Assura S.A. sowie den Kontaktdaten des Versicherers Kenntnis genommen.

Ich verpflichte mich die Versicherungspolice zu akzeptieren, wenn die Assura S.A. ihrerseits den vorliegenden Antrag bei einer Versicherung ohne medizinische Untersuchung innerhalb von 14 Tagen und bei einer Versicherung, die einer solchen Untersuchung bedarf, innerhalb von 4 Wochen akzeptiert.»

Datum

Ort

Unterschrift des Antragstellers (oder des Rechtsvertreters)

Unterschrift des Beraters

Motiva Nr.

Stellungnahme des Vertrauensarztes (intern)

Entscheid der Direktion (intern)