

Vermittlung durch: Allnova Consulting GmbH - 8048 Zürich Tel: 043 818 68 68

Versicherer:

Administrative Daten

Ausgabe 01.2007

Angaben zur Person (in Blockschrift ausfüllen)

Name: _____

Vorname: _____ Geschlecht: M W

Strasse/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort (Kanton): _____

Tel.-Nr. privat: _____ / / Mobil-Tel.-Nr.: _____ / / Tel.-Nr. G.: _____ / /

Name des Ehepartners/des registrierten Partners: _____

Geburtsdatum: _____ / / Gesetzlicher Vertreter: _____

Nationalität: _____ Aufenthalts-Bewilligung: _____

Bewilligungs-Nr. (ZAR-Nr.): _____ Gültig bis: _____ / / /

E-Mail: _____

Arbeitgeber (inkl. Adresse): _____

Beruf / Branche: _____ Korrespondenzsprache: F D I

Status: angestellt arbeitslos: Ende der Rahmenfrist: _____ / / /

selbständig: seit: _____ / / / andere: _____

Rentner Staat und Institution, welche die Rente zahlt: _____

Falls Sie zur Zeit über eine Krankenpflegeversicherung gemäss KVG oder über eine ausländische Versicherung verfügen, geben Sie bitte an:

- bei welchem Versicherer: _____

- welches Herkunftsland: _____

Gesetzlicher Wohnsitz (falls nicht identisch mit dem oben erwähnten Ort): _____

Kanton: _____ Seit: _____ / / /

Waren Sie schon einmal bei einem Versicherer der Groupe Mutuel versichert? ja nein

Wünschen Sie eine einzige Korrespondenz, falls sich weitere Familienmitglieder bei einer der Mitgliedskassen der Groupe Mutuel versichern lassen wollen oder bereits versichert sind? ja nein

Falls ja, bitte deren Namen, Vornamen, Geburtsdatum und evtl. Policennummer angeben:

Name, Vorname und Adresse des Korrespondenz-Empfängers (falls es sich nicht um die versicherte Person handelt):

Prämienrechnungen und Leistungsvergütungen

Prämienrechnungen: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Gewünschte Zahlungsart für Prämien und Kostenbeteiligungen:

LSV (bei der Bank)* Debit Direct (bei der Post)* Rechnungsversand per Post *Widerspruchsrecht während 30 Tagen

Name, Vorname und Adresse des Prämienzahlers (falls nicht Versicherter):

.....

Überweisung der Leistungen: Konto-Inhaber:

Bank Bankkonto-Nr.:

Name und Adresse der Bank:

.....

Post Postkonto-Nr.:

Beitrittserklärung

- Einzelversicherung Neubeitritt Proforma
 Kollektivversicherung Deckungsänderung Vorgeburtsanmeldung
 Kollektiv-Nr. Übertritt von einer Kollektiv- in eine Einzelversicherung

Versicherten-Nr.

Familien-Nr.

Unternehmen/Gesellschaft:

Vermittler-Nr. und Name:

Krankenpflegeversicherungen gemäss KVG

	Monats- prämie *	Versichert ab (MM/JJ):
<input type="checkbox"/> AH Obligatorische Krankenpflegeversicherung /
Alternativmodelle		
<input type="checkbox"/> RS Gesundheits-Netz/Pflegenetz** /
<input type="checkbox"/> RA BasicPlus**		
<input type="checkbox"/> RF PrimaCare**		
<input type="checkbox"/> RT SanaTel		
<input type="checkbox"/>		
** Falls Sie RS, RA und RF gewählt haben, bitte den Namen und die Adresse des erstbehandelnden Arztes angeben:		
.....		
<input type="checkbox"/> Mit Unfallrisiko	<input type="checkbox"/> Ohne Unfallrisiko	
Gewünschte Jahresfranchise		
Erwachsene: <input type="checkbox"/> Fr. 300.- <input type="checkbox"/> Fr. 500.- <input type="checkbox"/> Fr. 1'000.- <input type="checkbox"/> Fr. 1'500.- <input type="checkbox"/> Fr. 2'000.- <input type="checkbox"/> Fr. 2'500.-		
Kinder: <input type="checkbox"/> Fr. 0.- <input type="checkbox"/> Fr. 100.- <input type="checkbox"/> Fr. 200.- <input type="checkbox"/> Fr. 300.- <input type="checkbox"/> Fr. 400.- <input type="checkbox"/> Fr. 500.- <input type="checkbox"/> Fr. 600.-		

* Unter Vorbehalt der Bestätigung der definitiven Prämien, die am Tage des Inkrafttretens der Versicherung gelten.

Ort und Datum:

Unterschrift der zu versichernden Person:

(oder ihres gesetzlichen Vertreters, für Minderjährige oder unter Vormundschaft stehende Personen, usw.)

5. Sind Sie **zur Zeit** oder waren Sie **in den vergangenen 5 Jahren** in ärztlicher Behandlung: **(Zutreffendes unterstreichen)**
- a. In einem Spital, einer Kureinrichtung, einer Entziehungsanstalt oder einer anderen medizinischen Einrichtung ja nein
infolge Krankheit, Unfall oder Abhängigkeitskrankheit?
- b. bei einem Arzt, einem Psychiater, einem Psychologen, einem Psychotherapeuten, einem Physiotherapeuten, ja nein
einem Chiropraktor, einem Naturheilpraktiker oder einem Therapeuten für Alternativmedizin?
-
6. Sehen Sie **demnächst** eine Behandlung vor oder wurde Ihnen eine solche angeraten: **(Zutreffendes unterstreichen)**
- a. in einem Spital, einer Kureinrichtung, einer Entziehungsanstalt oder einer anderen medizinischen Einrichtung? ja nein
 ja nein
- b. bei einem Arzt, einem Psychiater, einem Psychologen, einem Psychotherapeuten, einem Physiotherapeuten, ja nein
einem Chiropraktor, einem Naturheilpraktiker oder einem Therapeuten für Alternativmedizin?
-
7. Sind Sie **derzeit** oder waren Sie **während den letzten 5 Jahren** während mehr als 20 Tagen arbeitsunfähig? ja nein
-
8. Leiden Sie unter den Folgen einer Krankheit, eines Unfalls, eines Gebrechens, einer Vergiftung oder leiden Sie Ihres Wissens unter gesundheitlichen Problemen (z. B. Geburtsgebrechen), die noch nicht behandelt wurden? ja nein
-
9. Haben Sie sich einem HIV-Test unterzogen (AIDS)? Falls ja, Ergebnis: HIV positiv HIV negativ ja nein
-
10. Sind Sie oder waren Sie Bezüger von Leistungen der IV, der Unfallversicherung, der Militärversicherung oder einer anderen Versicherung oder haben Sie solche beantragt? Falls ja, warum? ja nein
Geben Sie bitte für Kinder die GgV-Nr. an (auf der Verfügung angegeben) oder legen Sie eine Kopie der Verfügung bei. ja nein
-
11. Haben Sie andere Versicherer schon einmal ausgeschlossen, abgelehnt oder nur unter besonderen Bedingungen aufgenommen (z.B. Vorbehalte), oder haben Sie Ihren Leistungsanspruch schon einmal ausgeschöpft? ja nein
Falls ja, warum? ja nein

Für Personen weiblichen Geschlechts (ab 15 Jahren):

12. Sind Sie schwanger? Voraussichtlicher Geburtstermin: ja nein
13. Leiden Sie **derzeit** oder litten Sie **in den vergangenen 5 Jahren** an einer gynäkologischen Krankheit, ja nein
Krankheit der Brust oder Sterilität? ja nein

Wenn Sie eine der Fragen 3 bis 13 mit ja beantwortet haben, ergänzen Sie bitte die nachstehende Tabelle:

Punkt Nr.	Krankheit, Leiden, Unfall, Grund der Behandlung, betroffener Körperteil (links-rechts)	Anfangs- und Enddatum (MM/JJ)	Operiert?	Ohne Folgen geheilt und Behandlung abgeschlossen	Name und Adresse des Arztes, Spitals oder anderer Leistungserbringer
<input type="checkbox"/>	_____	Von <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Bis <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Von <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Bis <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Von <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	_____	Bis <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Erklärung des Antragstellers

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, folgende Informationen erhalten zu haben:

Ich bin über die Identität des Vermittlers, seine Adresse, die Versicherungsprodukte, die er anbietet, und seine Beziehungen mit den Risiko tragenden Versicherern und über ihre Identität informiert worden. Der zugelassene Vermittler der Gruppe Mutuel hat mir seine Akkreditierungskarte vorgelegt.

Ich habe den vorliegenden Versicherungsantrag und den Gesundheitsfragebogen vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt oder ausfüllen lassen. Ich bestätige, dass die von einer Drittperson oder vom Vermittler niedergeschriebenen Antworten meinen Anweisungen entsprechen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass im Falle von falschen oder unvollständigen Angaben, der Versicherer gemäss Artikel 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag kündigen kann.

Ich habe die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen erhalten.

Ich bin insbesondere durch die Übereichung des «Überblicks über die Zusatzversicherungen der Gruppe Mutuel gemäss VVG» informiert worden über:

- die Identität des Risiko tragenden Versicherers,
- die versicherten Risiken,
- den Umfang des Versicherungsschutzes,
- die Prämien und weitere Pflichten betreffend die Versicherung (Franchise, Beteiligungen, usw.),
- die Mindestvertragsdauer der ausgewählten Zusatzversicherungen (1 Jahr für die Produkte Alterna, Mundo und Legis und 5 Jahre für alle andere Produkte) und die Kündigungsfristen,
- die Verantwortung des Risiko tragenden Versicherers im Fall von Fehlern, Nachlässigkeiten oder unrichtigen Auskünften des von der Gruppe Mutuel zugelassenen Vermittlers,
- die Bearbeitung meiner persönlichen Daten durch den Versicherer und durch seinen Vermittler.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich in Bezug auf die Zusatzversicherungen nach VVG gegenüber dem Versicherer während 14 Tagen, bzw. 4 Wochen, wenn ärztliche Auskünfte nötig sind, an den Versicherungsantrag gebunden bleibe (Art. 1 VVG). Der vorliegende Versicherungsantrag zur Neuaufnahme oder zur Deckungsänderung gilt erst als angenommen, wenn der Antragsteller eine Versicherungspolice oder eine schriftliche Bestätigung erhalten hat. Jegliche Änderungen des Gesundheitszustandes, die sich bis dahin ergeben, sind dem Versicherer zu melden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass jede Vereinbarung zwischen mir und dem Vermittler bezüglich meines Versicherungsantrags und des Gesundheitsfragebogens den Versicherer nur verpflichtet, wenn dieser sie schriftlich bestätigt. Der Vermittler ist weder befugt, Risikoeinschätzungen vorzunehmen, noch im Namen und für Rechnung des Versicherers Vertragsabschlüsse zu tätigen.

Ich ermächtige den Versicherer, die im Zusammenhang mit meinem Antrag benötigten medizinischen Akten einzusehen. Zu diesem Zweck entbinde ich Ärzte, andere Leistungserbringer, paramedizinisches Personal, Spitäler, medizinische Einrichtungen und Kuranstalten, ehemalige Versicherer und die anderen Mitgliedsversicherer der Gruppe Mutuel, Association d'assureurs, von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer für alle Fragen, die im Zusammenhang mit dem medizinischen Fragebogen für die Zusatzversicherung nach VVG und für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG im Hinblick auf den Vertragsabschluss, die Risikoeinschätzung und im Falle von notwendigen Abklärungen bei Verdacht auf Anzeigepflichtverletzung gestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die dem KVG-Versicherer mitgeteilten administrativen Daten und Anweisungen den Versicherern der gewählten Produkte übermittelt und von ihnen ebenfalls benutzt werden, insofern der KVG-Versicherer ein Mitglied der Gruppe Mutuel, Association d'assureurs, ist.

Ort und Datum: / /

Unterschrift der zu versichernden Person: _____
(oder ihres gesetzlichen Vertreters, für Minderjährige oder unter Vormundschaft stehende Personen, usw.)