

Gesundheitsfragen für Versicherungen nach VVG und Taggeld bei Lohnausfall

Beziehen Sie Leistungen oder Renten der SUVA, IV, MV, oder erwarten Sie solche Leistungen? (Kopie der Verfügung muss beigelegt werden) nein ja
Wenn ja, welche?

Sind Risiken der Erwerbsunfähigkeit oder des Todes, oder Renten oder Kapitalien schon bei anderen Versicherungsgesellschaften oder Pensionskassen versichert? nein ja

1. Sind Sie vollkommen gesund? nein ja

2. Name Ihres Hausarztes:

3. Ist eine Behandlung bzw. Kontrolle bei einem Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeuten etc. vorgesehen oder voraussehbar? nein ja
Wenn ja, warum und wann?

4. Sind zur Zeit Anzeichen einer Notwendigkeit oder Wünschbarkeit einer späteren kieferorthopädischen Behandlung erkennbar? nein ja

5. Wurden Sie stationär oder von einem Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeuten behandelt? nein ja
Wenn ja, bitte die Tabelle ergänzen:

Art der Krankheit oder des Unfalls	Jahr	Dauer der Behandlung	Behandelnder Arzt / Spital / Therapeut / genaue Adresse

6. Haben die obgenannten Leiden Schäden hinterlassen? nein ja
Wenn ja, welche?

7. Haben Sie Unfälle erlitten, deren Folgen zukünftige Behandlungen erahnen lassen? nein ja Wenn ja, wann?
Leiden?

8. Waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? nein ja Wenn ja, wann?
Ist eine psychotherapeutische Behandlung vorgesehen? nein ja Wenn ja, wo?

9. Haben Sie schon Badekuren gemacht? nein ja Wenn ja, wann?
Ist eine Badekur vorgesehen? nein ja Wenn ja, wo?

10. Haben Sie eine Entwöhnungskur gemacht? nein ja Wenn ja, wann?
Ist eine Entwöhnungskur vorgesehen? nein ja Wenn ja, wo?

11. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? nein ja
Wenn ja, welche?

12. Haben Sie sich bereits einem AIDS-Test unterzogen? nein ja Wenn ja, wann?
Befund: HIV-positiv HIV-negativ

13. Leiden Sie zur Zeit an einer Krankheit, einer krankhaften Veranlagung, einem Gebrechen oder einer Missbildung? nein ja
Bitte präzisieren:

14. Ihre Körpergrösse: Grösse: cm Ihr Körpergewicht: Gewicht: kg

15. Sind Sie zur Zeit aus gesundheitlichen Gründen vollständig oder teilweise arbeitsunfähig? nein ja
Name des behandelnden Arztes:
Haben Sie schon Leistungen für eine Invalidität oder eine mehr als 3 Monate dauernde Arbeitsunfähigkeit bezogen? nein ja
Wenn ja, wann? Gründe?

16. Haben Sie Ihren Anspruch auf Erwerbsausfallentschädigung bei einem Versicherer bereits erschöpft? nein ja
Wenn ja, welchen?

17. Im Fall des Antrages auf Lohnausfallversicherung, beantworten Sie bitte diese Frage: Beziehen Sie Arbeitslosenentschädigung? nein ja

18. Gibt es medizinische Auskünfte, die Sie auf dieser Erklärung lieber nicht angeben möchten? nein ja
Wenn ja: an welchen Arzt kann sich unser ärztlicher Dienst wenden, um diese einzuholen?

19. Für Frauen:

Sind Sie schwanger? nein ja

Voraussichtliches Datum der Niederkunft:

Haben Sie gynäkologische Beschwerden oder Brustbeschwerden? nein ja

Wenn ja, welche?

Spezielle Risiken

Betreiben Sie Sportarten mit hohem Risiko (Fallschirmspringen, Deltasegeln, Tauchen; sind sie Flugpilot oder Bordpersonal?)
 nein ja Wenn ja, bitte präzisieren (Art, Tiefe beim Tauchen, usw.)

Nehmen Sie an Wettkampfttrainings oder Wettkämpfen teil? nein ja

Wenn ja, bitte präzisieren (Wettkampftart, Art des Fahrzeuges, usw.)

Versicherungskategorie nach VVG	Bitte genaue Angaben	Monatsprämie	Versicherungsbeginn
Versicherungsantrag			
HC Kombinierte Spitalversicherung	<input type="checkbox"/> HC1: Allgemeine Abteilung der Schweizer Spitäler <input type="checkbox"/> HC2: Halbprivate Abteilung der Schweizer Spitäler <input type="checkbox"/> HC3: Private Abteilung der Schweizer Spitäler		
	Gewünschte jährliche Franchise <input type="checkbox"/> 1'000.– <input type="checkbox"/> 3'000.– nur HC2 und HC3 <input type="checkbox"/> 2'000.– <input type="checkbox"/> 5'000.–		
SC Heilungskosten-Zusatzversicherung	Leistungsstufe <input type="checkbox"/> SC1 <input type="checkbox"/> SC2 <input type="checkbox"/> SC3 <input type="checkbox"/> SC4		
DP Zahnpflegeversicherung (Zahnpflege Plus)	Klasse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (zusätzlich zu den Klassen 1 bis 4)		
	Franchise <input type="checkbox"/> –.– <input type="checkbox"/> 200.– <input type="checkbox"/> 350.– <input type="checkbox"/> 500.– Bitte entsprechendes Formular ausfüllen		
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			
...			

Unterschrift

Die zu versichernde Person bevollmächtigt die Ärzte und alle anderen Personen, an die sich der Versicherer wendet, dem Versicherer die gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Der/die Antragssteller/Antragsstellerin verpflichtet sich, mindestens die Prämien für das erste Jahr zu bezahlen.

Der/die Antragssteller/Antragsstellerin erklärt, die Allgemeinen Bedingungen über die Krankenzusatzversicherungen sowie die dazugehörenden Besonderen Bedingungen erhalten zu haben.

Der/die Antragssteller/Antragsstellerin nimmt davon Kenntnis, dass er/sie gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Art. 1 VVG), während 14 Tagen bzw. 4 Wochen (bei Anordnung einer ärztlichen Untersuchung) an diesen Versicherungsantrag gebunden ist.

Die zu versichernde Person ist für das wahrheitsgetreue und vollständige Ausfüllen dieses Versicherungsantrages sowie der Gesundheitsfragen verantwortlich; dies auch, wenn die Antworten vom Vermittler eingetragen werden. Wenn der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden. Alle zusätzlichen Vereinbarungen und Abkommen mit dem Vermittler, die nicht auf dem Antragsformular vermerkt sind, binden den Versicherer nicht.

Unterschrift des Antragsstellers/der Antragsstellerin oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreters, der/die erklärt, die obenstehenden Bestimmungen gelesen zu haben.

Bemerkungen:

Ort und Datum:
