

# 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

### Freiwillige Zusatzversicherungen nach VVG

Sana  Sana Plus  Ospita Plus **Monatsprämie**  
**Fr.** \_\_\_\_\_

### Ospita (Spitalversicherung)

Ospita 1 (allgemein)  Ospita 2 (halbprivat)  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

Policenträger  Lebenspartner  Kinder bis 18 Jahre **Fr.** \_\_\_\_\_

### Denta (Zahnpflegeversicherung)

<input type="checkbox"/> Klasse 1	75%	max. Fr. 500.-	pro Jahr	<b>Fr.</b> _____
<input type="checkbox"/> Klasse 2	75%	max. Fr. 1000.-	pro Jahr	<b>Fr.</b> _____
<input type="checkbox"/> Klasse 3	75%	max. Fr. 1500.-	pro Jahr	<b>Fr.</b> _____
<input type="checkbox"/> Klasse 4	75%	max. Fr. 3000.-	pro Jahr	<b>Fr.</b> _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Welche Behandlung wurde durchgeführt? \_\_\_\_\_

War damit die Behandlung abgeschlossen  ja  nein

Name und Adresse des damaligen behandelnden Zahnarztes? \_\_\_\_\_

Ist in voraussehbarer Zeit eine Behandlung erforderlich?  ja  nein

Haben Sie zur Zeit irgendwelche Leiden oder Beschwerden?  ja  nein

Ist demnächst ein Zahnarztbesuch oder ein Zahnstellungskorrekturbehandlung geplant?  ja  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 Zei 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**

\_\_\_\_\_