

Offerte / Antrag Zusatzversicherung

Versicherungsbeginn:	_____	Versicherungs-Nr.:	_____
Name:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	PLZ / Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Beruf:	_____
Telefon P:	_____	Telefon G:	_____
Mobile:	_____	Emailadresse:	_____
Nationalität:	_____	Sprache:	_____
Für Ausländer/innen:	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> andere: _____	Eingereist am / Versicherungsbeginn:	_____
Aktueller Versicherer:	_____	Ist die Kündigung bereits erfolgt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zahlungsart:	Einzahlungsschein <input type="checkbox"/> LSV <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> EBPP <input type="checkbox"/>		
Inkassoperiode:	jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> zweimonatlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/>		
Bankverbindung/Name und Adresse:	_____		
IBAN:	_____	PC-Nummer:	_____

Zusatzversicherungen nach VVG

Ergänzungs- / Komfortmodell

Sana Sana Plus

sodalis Spitalversicherung

sodalis allgemein sodalis halbprivat sodalis privat sodalis flex

UTI (Unfall- Tod- und Invaliditäts-Risiko-Versicherung)

Versicherungssumme Tod CHF _____ Invalidität CHF _____

KTI (Krankheit- Tod- und Invaliditäts-Risiko-Versicherung)

Versicherungssumme Tod CHF _____ Invalidität CHF _____

Patientenrechtsschutzversicherung

Policenträger Lebenspartner Kinder bis 18 Jahre

Denta (Zahnpflegeversicherung)

Klasse 1 (75%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr)

Klasse 2 (75%, max. CHF 1000.– pro Kalenderjahr)

Klasse 3 (75%, max. CHF 1500.– pro Kalenderjahr)

Klasse 4 (75%, max. CHF 3000.– pro Kalenderjahr)

Monatsprämie

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

Monatsprämie

CHF _____

Ort und Datum

Unterschrift Antragssteller oder gesetzlicher Vertreter

Gesundheitsfragen für alle Zusatzversicherungen für:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu aus.

1. Körpergrösse _____ cm Körpergewicht _____ kg
2. Bestehen bei Ihnen zur Zeit gesundheitliche Probleme, Krankheiten, psychische Störungen, Gebrechen, Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls (inkl. Zahnschäden) auch wenn diese nicht ärztlich diagnostiziert wurden oder haben Sie noch eingesetzte Implantate/körperfremde Materialien? Wenn ja, nähere Bezeichnung unter Punkt 15. Ja Nein
3. Stehen Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung oder Kontrolle? Wenn ja, nähere Bezeichnung unter Punkt 15. Ja Nein
4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Behandlung bei einem Arzt, Therapeuten, Naturheilarzt, in einer Klinik, in einer Kur, krank oder verunfallt? Wenn ja, nähere Bezeichnung unter Punkt 15. Ja Nein
5. Bestehen Geburtsgebrechen? Wenn ja welche? Kopie der Verfügung der Invalidenversicherung beilegen. Ja Nein
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren insbesondere eine der folgenden Krankheiten, Beschwerden oder Störungen? Wenn ja, nähere Bezeichnung unter Punkt 15.

Erkrankungen der Atmungsorgane	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tumore oder Krebserkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Verdauungsorgane	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Krankheiten der Haut oder Sinnesorgane	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Harn-/ Geschlechtsorgane	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Krankheiten der Knochen und Gelenke Wirbelsäule, Hexenschuss, Ischialgie, Arthritis, rheumatische Erkrankungen Missbildungen				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Psychiatrische/neurotische Störungen Depression, Psychosen, Gemütsleiden, Persönlichkeitsstörung, psychosomatische Gesundheitsstörungen wie hohe Nervosität oder Ess- und Schlafstörungen				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien, neurovegetativ				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems Schwindelanfälle, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, entzündliche Nervenerkrankungen, Gedächtnisschwäche, multiple Sklerose, andere				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Herz- und Blutgefässe Erkrankungen der Venen				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel- und Drüsenkrankheiten Cholesterin, Blutzucker (Diabetes), Schilddrüse, usw.				Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Steht eine Behandlung (inkl. Zahnbehandlung), Therapie (auch wenn diese rein präventiven Charakter hat), Operation, Kur bevor oder wurde Sie Ihnen empfohlen? Wenn ja: Welche und durch welchen Arzt?

8. Nehmen Sie Kopfweh- Schmerz-, Schlafmittel oder andere Medikamente (auch homöopathische oder pflanzliche Präparate) ein? Wenn ja: Welche, weshalb und wie viele?

9. a) Nehmen oder nahmen Sie Drogen/Suchtmittel ein? Wenn ja: Welche und wann haben Sie damit aufgehört? Ja Nein

b) Trinken/tranken Sie regelmässig Alkohol (mehr als 0.5l Wein, 1l Bier oder 1.5dl Spirituosen pro Tag)? Haben Sie damit aufgehört und wenn ja wann? Ja Nein

c) Rauchen Sie täglich mehr als 20 Zigaretten, 6 Zigarren oder 4 Pfeifen? Haben Sie damit aufgehört und wenn ja wann? Ja Nein

10. Sind Sie mit dem HIV-Virus (AIDS) infiziert? Keinen Test gemacht Ja Nein
11. Beziehen Sie Leistungen oder eine Rente der IV, UVG, MV oder einer anderen Versicherung? Wenn ja, bitte Kopie der Verfügung oder Rentenbescheinigung beilegen. Ja Nein

Gesundheitsfragen für alle Zusatzversicherungen für:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Zusatzfragen für Moneta KVG und VVG

16. Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein
Wenn ja: Weshalb? _____
17. Bestand in den letzten 5 Jahren eine ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit für mehr als 4 Wochen? Ja Nein
Wenn ja: Weshalb? _____ Dauer von bis: _____
18. Sind Sie:
selbständig erwerbend seit _____
Arbeitnehmer seit _____
arbeitslos seit _____
19. Name Adresse Arbeitgeber (auch selbst. Erwerbende)

20. Höhe des Jahresgehalts brutto Fr. _____
Deckung durch Arbeitgeber bei Krankheit _____ % des Gehalts ab _____ Tag
Deckung durch Arbeitgeber bei Unfall _____ % des Gehalts ab _____ Tag

Zusatzfragen für Denta

21. Haben Sie zur Zeit irgendwelche Zahn- /Zahnfleischbeschwerden? Wenn ja, nähere Bezeichnung unter Punkt 15. Ja Nein
22. Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? _____ Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein
23. Wurden bei Ihrem letzten Besuch gesundheitliche Mängel festgestellt? Wenn ja, nähere Bezeichnung unter Punkt 15. Ja Nein
24. Ist in absehbarer Zeit eine Behandlung erforderlich? Wenn ja, nähere Bezeichnung unter Punkt 15. Ja Nein
25. Name und Adresse des Zahnarztes

Der/die Unterzeichnete beantragt bei der sodalis gesundheitsgruppe eine Versicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) in der vorerwähnten Form abzuschliessen. Er/sie bestätigt die Richtigkeit seiner Angaben in diesem Antragsformular, auch wenn die Antworten von dem/der Kundenberater/-in geschrieben wurden. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung ist die sodalis gemäss den Versicherungsbestimmungen und dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

sodalis bearbeitet die Daten, die sich aus den Antragsformularen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Risikobeurteilung, für die Schadenbearbeitung, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden physisch und/oder elektronisch aufbewahrt.

Der/die Unterzeichnete erklärt sich für 14 Tage (bei ärztlicher Untersuchung für 4 Wochen) an den Antrag gebunden und verpflichtet sich zur Bezahlung der Prämien bis zum Ablauf der Versicherung. Bei Versicherungsänderungen gelten bestehende Leistungsausschlüsse im gleichen Umfang auch für die geänderte Versicherung weiter. Der/die Unterzeichnete verpflichtet sich, ein Ausscheiden aus dem Versichertenkreis eines Kollektivvertrages der sodalis umgehend zu melden. Der/die Unterzeichnete ermächtigt die sodalis, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden, aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes und der Schadenregulierung notwendig sind. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Der/die Unterzeichnete hat das Recht, bei der sodalis über die Bearbeitung der ihn/sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Der/die Unterzeichnete bestätigt, die Kundeninformationen gemäss Art. 3 VVG für die Zusatzversicherungen sowie die allgemeinen Versicherungsbestimmungen erhalten oder diese per Download von der sodalis Webseite eingesehen zu haben und diese in vollem Umfang anzuerkennen.

Ort und Datum: _____

Antragssteller/in oder gesetzl. Vertreter/in: _____