

**Kolping Krankenkasse AG**

Ringstrasse 16, Postfach 198, 8600 Dübendorf  
Telefon 044 824 80 80 – Telefax 044 824 80 99  
www.mykolping.ch  
info@mykolping.ch

(GS-Stempel)

---

GS-Nr. \_\_\_\_\_  
Berater-Nr. \_\_\_\_\_

**RISIKOLEBENSVERSICHERUNG LIFE**

(in Zusammenarbeit mit convia Lebensversicherungs-Gesellschaft)

NEUANTRAG     ÄNDERUNGSANTRAG

Ich wünsche die Unterlagen in folgender Sprache:  
 deutsch     französisch     italienisch

**ZU VERSICHERNDE PERSON**

Name \_\_\_\_\_ Geschlecht     männlich     weiblich  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ Grösse in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_  
Nationalität \_\_\_\_\_ Aufenthaltsbewilligung     B     C     andere  
Adresse \_\_\_\_\_ Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Ist innerhalb der nächsten 12 Monate ein Auslandsaufenthalt beabsichtigt (länger als 4 Wochen)?

nein     ja    Land: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ Zweck des Aufenthaltes: \_\_\_\_\_

Sind Sie bei Ihrer Berufstätigkeit oder in der Freizeit bekanntermassen gefährlichen Risiken ausgesetzt?

(z.B. Hobby, Sportart, Umgang mit gefährlichen Stoffen)

nein     ja    Welche: \_\_\_\_\_ Seit wann: \_\_\_\_\_ Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Bestehen weitere Lebens-, Erwerbsunfähigkeits- oder Invaliditätsversicherungen? Oder sind Anträge dafür hängig?

nein     ja    Bei welcher Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Art und Höhe der Versicherung: \_\_\_\_\_

**VERSICHERUNGSNEHMER** (falls nicht identisch mit dem Versicherten)

Name / Firma \_\_\_\_\_ männlich  weiblich  Firma   
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**BEGÜNSTIGTE IM TODESFALL:**     die gesetzlichen Erben

andere: \_\_\_\_\_

**GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN**

Versicherungsbeginn: 01. _____ .200__		Versicherungssumme	Monatsprämie
Todesfall	<input type="checkbox"/> bei Krankheit und Unfall <input type="checkbox"/> nur bei Krankheit	Minimum CHF 10'000.00	
		CHF	CHF
Invalidität	<input type="checkbox"/> bei Krankheit und Unfall <input type="checkbox"/> nur bei Krankheit	Minimum CHF 50'000.00	
		CHF	CHF
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> 2-monatlich <input type="checkbox"/> monatlich		Total	CHF

Massgebend sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Life Versicherung

Bitte für interne Zwecke freilassen:

Alter:

Ablauf: 31.12.20

Deb.Nr.:

Police-Nr.:

Besondere Bedingungen vom:

Wir bitten die Antragsstellende Person bzw. den gesetzlichen Vertreter des Kindes, alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäss zu beantworten, denn die Gültigkeit Ihres Versicherungsvertrages ist davon abhängig (Art. 6 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag). Striche oder andere Zeichen gelten nicht als Antwort und können deshalb nicht akzeptiert werden. Korrekturen bitte mit Visum/Unterschrift versehen. Neue Unfälle und Krankheiten bis zum Versicherungsbeginn müssen innerhalb von 14 Tagen gemeldet werden.

1. a) Bestehen Gesundheitsstörungen, körperliche oder psychische Leiden, chronische Krankheiten oder Folgen eines Unfalls und/oder Krankheit?  nein  ja  
 b) Erfolgte eine IV-Anmeldung? Wenn ja, welche IV-Nr.: \_\_\_\_\_  nein  ja
- 
2. a) Stehen Sie oder standen Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle oder Therapie?  nein  ja  
 b) Ist eine Behandlung vorgesehen?  nein  ja  
 Welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ Grund? \_\_\_\_\_
- 
3. Nehmen Sie gegenwärtig oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente?  nein  ja  
 Welche? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_
- 
4. Haben oder hatten Sie Suchtprobleme (z.B.: Medikamente, Alkohol) oder konsumieren/ten Sie Drogen (z.B.: Cannabis, Ecstasy, Kokain)?  nein  ja  
 Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ Wie viel und wie lange? \_\_\_\_\_  
 Nikotinkonsum? \_\_\_\_\_ Was? \_\_\_\_\_ Wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_
- 
5. Hatten Sie jemals: Herz- oder Kreislaufstörungen, Herzfehler, erhöhten Blutdruck, Krankheiten der Atmungsorgane, Tuberkulose, Psychische Störungen, Epilepsie, Depressionen, Magen-, Darm-, Gallen- oder Leberkrankheiten, Nieren-, Blasen- oder Prostatakrankheiten, Leiden der Geschlechtsorgane, Eiweiss- oder Zucker im Urin, Diabetes, Drüsen- oder Stoffwechselkrankheiten, erhöhtes Cholesterin, Geschwüre, Tumore, Haut-, Augen- oder Gehörleiden, Gelenk- oder Rückenbeschwerden, Rheuma, Arthrose? Andere, noch nicht erwähnte Krankheiten, Störungen oder Verletzungen?  nein  ja
- 
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Infektionskrankheiten (z.B.: AIDS, HIV-Infektion, Hepatitis, Tropenkrankheiten, sexuell übertragbare Krankheiten oder Störungen des Immunsystems)?  nein  ja
- 
7. **Bei Personen ab 16 Jahren:** Ist Ihre Arbeitsfähigkeit gegenwärtig eingeschränkt oder mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit jemals länger als 4 Wochen ganz oder teilweise aussetzen?  nein  ja  
 Wann? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_ Grund? \_\_\_\_\_
- 
8. **Bei weiblichen Personen:** Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja  
 Bisheriger Verlauf? \_\_\_\_\_ Geburtstermin: \_\_\_\_\_  
 Name und Adresse des Arztes? \_\_\_\_\_
- 
9. Wurde im Rahmen von Versicherungsanträgen (Leben-, Invaliden- oder Krankenversicherung) bereits einmal Einschränkungen auferlegt? (z.B.: Prämien-Erhöhung, Ausschlussklausel, Ablehnung oder Zurückstellung des Antrages)  nein  ja  
 Wann? \_\_\_\_\_ Warum? \_\_\_\_\_ Name der Gesellschaft? \_\_\_\_\_  
 Versicherungsart? \_\_\_\_\_ Welche Einschränkung? \_\_\_\_\_

**Falls Sie eine der Fragen 1 - 9 mit JA beantwortet haben oder eine andere, noch nicht erwähnte gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt, bitten wir Sie um folgende Angaben:**

Frage Nr.	Art der Krankheit, Verletzung, Gebrechen, welche Operation?	Wann, wie lange? Geheilt? Folgen?	Behandelnde Ärzte, Spitäler (Arztadresse behandelnder Arzt/Spitalarzt/Abteilung)

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

**Erklärung**

Ich erkläre, die entsprechenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhalten zu haben, und anerkenne diese in vollem Umfang.

Ich entbinde hiermit Spitäler, Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten oder andere Therapeuten und medizinisch geschulte Personen, Arbeitgeber, Unfall-, Kranken- und Lebensversicherer, Pensions- und Krankenkassen, die Militärversicherung, die Eidgenössische Invalidenversicherung und die SUVA von ihrem Berufsgeheimnis bzw. ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der CONVIA Lebensversicherungsgesellschaft und ermächtige sie, ihnen Auskünfte zu erteilen, die sie für die Prüfung des Antrages oder des Anspruchs auf Versicherungsleistungen benötigen. Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Weitergabe von Daten im erforderlichen Umfang an den Rückversicherer.

Ich bestätige zudem, vom Versicherer das Informationsblatt / die Informationsblätter mit Angaben über die Identität des Versicherers und über den wesentlichen Vertragsinhalt (Art. 3 VVG) sowie vom Vermittler das Informationsblatt mit den gesetzlich vorgeschriebenen Informationen (Art. 45 VAG) erhalten zu haben.

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Versicherungsnehmers:**  
 (falls nicht identisch mit der versicherten Person)

**Unterschrift der zu versichernden Person:**  
 (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter Eltern/Vormund)