

(GS-Stempel)

Antrag UTI
Unfallversicherung für Tod und Invalidität

GS-Nr. _____
Berater-Nr. _____

Versicherungsänderung

Versicherungseinschluss

Gültigkeit ab: _____

Personalien

Versicherten-Nr. _____ Geburtsdatum _____
Name/Vorname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____

Versicherungssummen

Bisher: Tod CHF _____ Invalidität CHF _____
Neu: Tod CHF _____ Invalidität CHF _____

Gesundheitsfragen

Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten?

Ja Nein Wenn Ja, welche und wann? _____

In Behandlung: Adresse Arzt/Spital _____

Bestehen noch Folgen dieser Unfälle?

Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Fehlen Ihnen Organe oder andere Körperteile oder sind solche ganz oder teilweise gebrauchsunfähig?

Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie Gebrechen irgendwelcher Art (auch von geringer Bedeutung)?

Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Sind oder waren Sie schon gegen Unfälle versichert?

Ja Nein

Wenn Ja, Gesellschaft? _____

Ist Ihnen in den letzten 5 Jahren ein Antrag für eine Unfallversicherung abgelehnt oder eine Unfallversicherung gekündigt worden?

Ja Nein

Wenn Ja, Gesellschaft, warum? _____

Erklärung und Unterschrift

Der/die Unterzeichnende erklärt:

- Vorliegend einen Antrag zu einer Versicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) gestellt zu haben
- Die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben
- Die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. Reglemente für die beantragte Versicherung erhalten zu haben, und anerkennt diese in vollem Umfang
- 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.
- Davon Kenntnis genommen zu haben, dass unwahre Angaben eine Versicherungsablehnung, einen Rücktritt vom Vertrag, einen Ausschluss von der Versicherung, eine Verweigerung von Versicherungsleistungen oder eine nachträgliche Vorbehaltsanbringung zur Folge hat
- Davon Kenntnis genommen zu haben, dass Anträge nach VVG auf Verlängerung oder Abänderung eines bestehenden Vertrages oder auf Inkraftsetzung eines suspendierten Vertrages als angenommen gelten, wenn die Kolping Krankenkasse/Solida Versicherungen nicht innert 14 Tagen seit Empfang des Antrags ablehnt und dass diese Ablehnungsfrist 4 Wochen beträgt, wenn eine ärztliche Untersuchung notwendig ist (wobei diese Bestimmungen bei Anträgen auf Erhöhung der Versicherungssummen nicht gelten)
- Alle Ärzte, Spitäler, Krankenkassen und Versicherungen, welche bis zum Zeitpunkt der Antragstellung und in Zukunft über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person und die Leistungserbringungen Auskunft erteilen können, von der Schweigepflicht zu entbinden

Ort/Datum _____

Ort/Datum _____

Der Vertreter der Kolping Krankenkasse

Unterschrift der zu versichernden Person bzw.
des/r gesetzlichen Vertreters/Vertreterin
