

## VERSICHERUNGS - ANTRAG VVG

### Mutationsgrund

- Neuaufnahme  Wiedereintritt  
 Vorgeburtliche Anmeldung  Aenderung

Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

Familien-Nr:  
Versicherten-Nr:  
Kollektivvertrags-Nr:

### Persönliche Angaben

Sprache: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Telefon (Privat): \_\_\_\_\_

Telefon (Geschäft): \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Zusatzzeile: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Bewilligung (Kopie Ausländerausweis beilegen): \_\_\_\_\_

Gegenwärtige Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Enddatum bestehende Versicherung: \_\_\_\_\_

Arbeitsverhältnis: \_\_\_\_\_

**A B C F G L N**

- Selbständig**  **Teilzeit, weniger als 8 Std.**  
 **Andere**

### PrämienzahlerIn (sofern es sich um eine andere Person handelt als die versicherte Person)

- Gesetzliche/r Vertreter/in**  **Beistand**  **Vormund**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### Zahlungsverkehr

Rückvergütungen sind zu überweisen an \_\_\_\_\_

Zahlungsintervall \_\_\_\_\_

Zahlungsart \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Bank Name \_\_\_\_\_

Clearing-Nr. \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

- Bankkonto**  **Postkonto**  
 **Monatlich**  **2-monatlich**  
 **3-monatlich**  **Halbjährlich 1% Skonto**  
 **Jährlich 2% Skonto**

- ESR (Einzahlungsschein)**  **LSV (Lastschrift der Banken)\***  
 **Direct Debit (Lastschrift der Post)\*\***

IBAN \_\_\_\_\_

\* = bitte separate Belastungsermächtigung ausfüllen

\*\* = Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Kolping Krankenkasse AG bis auf Widerruf, die fälligen Beträge meinem Gelben Konto zu belasten. Dabei behalte ich das Recht, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen, ab Versand des Kontodokuments, schriftlich bei meinem Operations Center zu widerrufen.

# Versicherungsdeckung VVG

		Krankheit	Unfall	Krankheit und Unfall	monatliche Prämien
<b>PLUS</b>	<b>Zusatzversicherung (VVG)</b>			✓	
<b>LIGHT</b>	<b>Zusatzversicherung (VVG)</b>			✓	
<b>KOMBI</b>	<b>Kombinierte Spitalzusatzversicherung (VVG)</b>				
<input type="checkbox"/> Allgemeine Abteilung <input type="checkbox"/> Halbprivate Abteilung <input type="checkbox"/> Private Abteilung					
<input type="checkbox"/> frei wählbarer Selbstbehalt Fr. .... <input type="checkbox"/> frei wählbarer Selbstbehalt Fr. ....				✓ ✓	
<b>FLEX</b>	<b>Spitalzusatzversicherung (VVG)</b>			✓	
<b>DE</b>	<b>Zahnbehandlungsversicherung (VVG)</b>				
Stufe .....					
<b>TGK</b>	<b>Taggeldversicherung (KVG) Maximal Fr. 30.-/Tag</b>				
Fr. .... ab ..... Tag Fr. .... ab ..... Tag					
<b>TGV</b>	<b>Taggeldversicherung (VVG) Lohnnachweis beilegen</b>				
Fr. .... ab ..... Tag Fr. .... ab ..... Tag					
Fr. .... ab ..... Tag Fr. .... ab ..... Tag					
<b>LIFE</b>	<b>Risiko-Lebensversicherung (VVG)</b>				
Unfall:	Todesfall Fr. .... Invalidität Fr. ....				
Krankheit:	Todesfall Fr. .... Invalidität Fr. ....				
<b>KTI</b>	<b>Risiko-Lebensversicherung bei Krankheit (VVG)</b>				
Todesfall Fr. .... Invalidität Fr. ....					
<b>UTI</b>	<b>Risiko-Lebensversicherung bei Unfall (VVG)</b>				
Todesfall Fr. .... Invalidität Fr. ....			✓		
<b>PROTECT</b>	<b>Patientenrechtsschutzversicherung (VVG)</b>			✓	

**Total Monatsprämien**

Fr. \_\_\_\_\_

# Gesundheitsfragen

Die antragstellende Person oder deren gesetzliche Vertretung haftet persönlich für die Richtigkeit aller erteilten Auskünfte. Die Fragen sind durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes zu beantworten.

<b>1. Wie gross sind Sie?</b>	
Grösse (cm):	_____
Gewicht (kg):	_____
<b>2. Fühlen Sie sich vollständig gesund?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>3. Sind Sie zur Zeit voll arbeitsfähig?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>4. Beziehen Sie eine Rente oder ist eine Rente beantragt?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> UVG
<input type="checkbox"/> MV	<input type="checkbox"/> Andere Sozialversicherung
Leistungsumfang:	_____
(Bitte legen Sie eine Kopie der Anmeldung bei)	
<b>5. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in Behandlung bei</b>	
- Ärzten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Operation (ambulant)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Operation (stationär)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Operation (Implantate)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Operation (Prothesen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Operation (Fremdmaterial)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Naturheilärzten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Physiotherapeuten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Chiropraktoren	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Psychologen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Andere Medizinalpersonen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Grund:	_____
In Behandlung - Adresse Arzt/Spital:	_____
Genauere Angaben des verordneten Arztes:	_____
Ausgeheilt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ja - Datum:	_____
Nein - Folgen:	_____
<b>6. Ist ein Arztbesuch, Spitalaufenthalt oder Kuraufenthalt vorgesehen?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Grund:	_____
In Behandlung - Adresse Arzt/Spital:	_____
<b>7. Bestehen Folgen von Krankheiten, Unfällen oder Geburtsgebrechen?</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche?	_____
In Behandlung - Adresse Arzt/Spital:	_____
Ausgeheilt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ja - Datum:	_____
Nein - Folgen:	_____
(Falls IV-Verfügung vorhanden, bitte Kopie beilegen)	

**8. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? (ohne Antibabypille)** Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Menge/Tag: \_\_\_\_\_

**9. Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?** Ja  Nein

Ist eine Behandlung vorgesehen? Ja  Nein

Adresse Zahnarzt \_\_\_\_\_

Leiden Sie oder haben Sie an folgenden Krankheiten / Störungen gelitten? Wenn ja, so bitten wir Sie, das betreffende anzukreuzen und am Schluss dieser Fragen die ergänzenden Angaben zu vermerken.

**10. Atmungsorgane** Ja  Nein

Angina  Lungen- und Brustfellentzündung  Asthma  Lungen-TB  
 Allergien  Bronchitis  Andere

**11. Haut, Drüsen und Weichteile** Ja  Nein

Ekzeme  Drüenschwellungen  Schilddrüsenkrankheiten  Andere

**12. Harn- / Geschlechtsorgane** Ja  Nein

Nieren  Blasen  Prostata  Geschlechtsorgane  
 Blut im Urin  Andere

**13. Herz- und Kreislauforgane** Ja  Nein

Herz- und Gefässkrankheiten  Herzinfarkt  Hoher / niedriger Blutdruck  Embolien  
 Krampfadern  Venenentzündungen  Andere

**14. Infektionen** Ja  Nein

TB  AIDS  Diphtherie  Scharlach  
 Malaria  Andere Tropenkrankheiten

**15. Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?** Ja  Nein

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Befund: positiv  Befund: negativ

**16. Stoffwechsel** Ja  Nein

Zuckerkrankheit  Cholesterin  Hormonstörungen  Andere

**17. Knochen, Gelenke, Muskeln** Ja  Nein

Wirbelsäule  Bandscheiben  Gelenke  Gicht  
 Ischias  Arthritis  Andere

**18. Nervensystem** Ja  Nein

Depressionen  Schwindel  Migräne  Lähmungen  
 Andere

**19. Sinnesorgane** Ja  Nein

Augen  Ohren  Schwerhörigkeit / Hörapparat Brille / Kontaktlinse  Andere

**20. Suchtkrankheiten** Ja  Nein

Drogen  Medikamentenabhängigkeit  Alkohol  Nikotin  
 Andere

**21. Verdauungsorgane** Ja  Nein

Magen  Darm  Milz  Leber  
 Gallenblase  Gelbsucht  Bauchspeicheldrüse  Andere

**22. Als Folge von anderen Gesundheitsproblemen**Ja  Nein 

- |                                       |   |  |   |
|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blut         | <input type="checkbox"/> Cholesterinwert  | <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit    |
| <input type="checkbox"/> Geschwulst   | <input type="checkbox"/> Tumor  | <input type="checkbox"/> Krebs           | <input type="checkbox"/> Körperdeformitäten |
| <input type="checkbox"/> Down-Syndrom | <input type="checkbox"/> Andere nicht ausdrücklich erfragte Krankheiten oder Beschwerden. |  |   |

Grund: \_\_\_\_\_

In Behandlung - Adresse Arzt/Spital: \_\_\_\_\_

Ausgeheilt? Ja  Nein 

Behandlungsbeginn / Datum: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

In Behandlung - Adresse Arzt/Spital: \_\_\_\_\_

Ausgeheilt? Ja  Nein 

Behandlungsbeginn / Datum: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

In Behandlung - Adresse Arzt/Spital: \_\_\_\_\_

Ausgeheilt? Ja  Nein 

Behandlungsbeginn / Datum: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

In Behandlung - Adresse Arzt/Spital: \_\_\_\_\_

Ausgeheilt? Ja  Nein 

Behandlungsbeginn / Datum: \_\_\_\_\_

Nur für weibliche Personen:

**23. Leiden oder litten Sie an Frauenkrankheiten?**Ja  Nein 

Welche? \_\_\_\_\_

In Behandlung - Adresse Arzt/Spital: \_\_\_\_\_

Ausgeheilt? Ja  Nein 

Ja - Datum: \_\_\_\_\_

Nein - Folgen: \_\_\_\_\_

**24. Besteht eine Schwangerschaft?**Ja  Nein 

Datum der Niederkunft: \_\_\_\_\_

(Für Schwangerschaft besteht bei Neuversicherung bei allen Zusatzversicherungen eine Karenzzeit. Siehe die Ergänzenden Bestimmungen der Zusatzversicherungen.)

## Zusätzliche Gesundheitsfragen für LIFE Risiko-Lebensversicherung (VVG)

<b>25. Ist innerhalb der nächsten 12 Monate ein aussergewöhnlicher Auslandsaufenthalt (z.B. langer Tropenaufenthalt, Reise in ein Krisengebiet) beabsichtigt?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Land:	_____	
Dauer:	_____	
Zweck des Aufenthalts:	_____	
<b>26. Sind Sie bei Ihrer Berufstätigkeit oder in der Freizeit bekanntermassen gefährlichen Risiken ausgesetzt?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche/Seit wann?	_____	
Häufigkeit:	_____	
<b>27. Wurde im Rahmen von Versicherungsanträgen (Lebens-, Invaliden- oder Krankenversicherungen) bereits einmal Einschränkungen auferlegt? (z.B. Prämienhöhung, Ausschlussklausel, Ablehnung oder Zurückstellung des Antrages)</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>28. Bestehen weitere Lebens-, Erwerbsunfähigkeits- oder Invaliditätsversicherungen? Oder sind Anträge dafür hängig?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Art und Höhe der Versicherung:	_____	
Gesellschaft:	_____	

## Zusätzliche Gesundheitsfragen für UTI Unfallversicherung für Tod und Invalidität

<b>29. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	
In Behandlung - Adresse Arzt / Spital:	_____	
<b>30. Bestehen noch Folgen dieser Unfälle?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	
<b>31. Fehlen Ihnen Organe oder andere Körperteile oder sind solche ganz oder teilweise gebrauchsunfähig?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	
<b>32. Haben oder hatten Sie Gebrechen irgendwelcher Art (auch von geringer Bedeutung)?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	
<b>33. Sind oder waren Sie schon gegen Unfälle versichert?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Gesellschaft?	_____	
<b>34. Ist Ihnen in den letzten 5 Jahren ein Antrag für eine Unfallversicherung abgelehnt oder eine Unfallversicherung gekündigt worden?</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Gesellschaft, weshalb?	_____	

**Zusätzliche Gesundheitsfragen für Zahnbehandlungsversicherung (VVG) (ab dem 5. Geburtstag)**  
 (Durch den Zahnarzt auszufüllen)

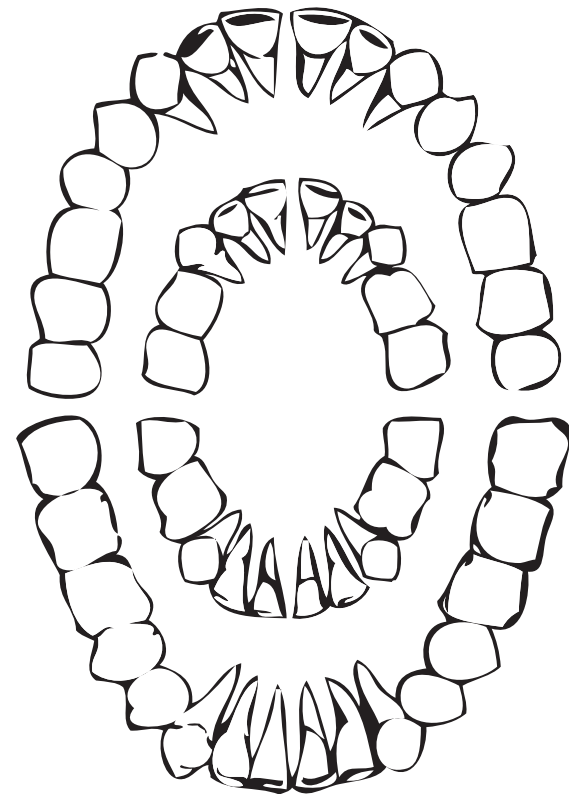
<b>35. Zustand des Parodontes</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig	<input type="checkbox"/> schlecht
<b>36. Hygienes</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig	<input type="checkbox"/> schlecht
<b>37. Okklusion</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> traumatisch	
Wenn traumatisch, Grund _____			
<b>38. Konservierend</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig	<input type="checkbox"/> schlecht
<b>39. Wird eine kieferorthopädische Behandlung erwogen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____			
<b>40. Zustand der Kronen/Brücken</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmässig	<input type="checkbox"/> schlecht
<b>41. Fehlende, nicht ersetzte Zähne</b>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, zu schliessende Lücke wo? _____			
<b>42. Unfall geschädigte Zähne</b>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____			
<b>43. Besteht eine schwere Allgemeinerkrankung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____			
<b>44. Erfolgt bisher regelmässig jährliche Zahnkontrollen und Zahnsteinentfernungen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
<b>45. Ist demnächst oder in den nächsten 6 Monaten eine Behandlung vorgesehen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
(z.B. Ersatz insuffizienter Füllungen, Kronen, Brücken, Prothesen, Überkronung devitaler, ohne Kantenschutz gefüllter Zähne usw.)			
Wenn ja, welche Behandlung? _____			
Wann wird diese Behandlung durchgeführt? _____			

Ort/Datum

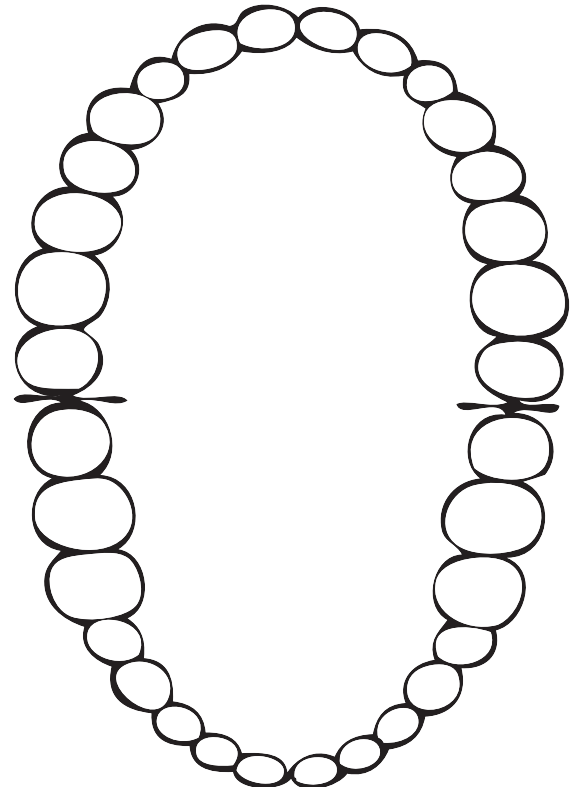
Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

\_\_\_\_\_

┌ \_\_\_\_\_



└



Die Abklärung erfolgt nur mit Röntgenbildern. Mindestens 2 BW Aufnahmen, welche nicht älter als 1 Jahr sind, müssen diesen Unterlagen beigelegt werden.

Diese werden nach erfolgter Risikoüberprüfung zurückgesandt.

## Versicherungen

Bleiben Sie bei anderen Krankenkassen/Versicherungen versichert? Wenn ja bei welcher? Für welche Leistungen?

Bisherige Krankenkasse

---

Adresse

---

Versicherte Leistungen

---

---

## Erklärung und Unterschrift

Der/die Unterzeichnende erklärt:

- Vorliegend einen Antrag zu einer Versicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) gestellt zu haben.
- Die Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
- Alle Ärzte, Spitäler, Krankenkassen und Versicherungen, welche bis zum Zeitpunkt der Antragsstellung und in Zukunft über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person und die Leistungserbringung Auskunft erteilen können, von der Schweigepflicht zu entbinden.
- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. ergänzende Bestimmungen für die beantragten Versicherungen zur Kenntnis genommen zu haben und deren zukünftigen Änderungen anzuerkennen.
- 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, eine Verweigerung von Versicherungsleistungen oder eine nachträgliche Vorbehaltsanbringung zur Folge haben.
- 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 AG nicht innert 14 Tagen seit Empfang des Antrages 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).

Ort/ Datum

---

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

---

Ort/ Datum

---

Ihr Berater / Unterschrift

---