

# Taggeldversicherung nach KVG

## Zusatzversicherungen nach VVG

Krankenkasse **elm**

Säge, 8767 Elm

Tel: 055 642 25 25  
Fax: 055 642 25 45

E-Mail: info@kkelm.ch  
Web: www.kkelm.ch

Antrag auf  Versicherungsabschluss  Versicherungsänderung

### 1. Personalien

Name:	Beruf:
Vorname:	Arbeitgeber:
Strasse/Nr.:	Kanton:
PLZ/Wohnort:	Steuerdomizil:
Geboren am:	In der Schweiz gemeldet seit:
Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung Kat.:
Zivilstand:	(nur für AusländerInnen, <b>Kopie beilegen</b> )
<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
Tel. Privat:	Mobil:
Tel. Geschäft:	E-Mail:
Familien-Hauptpolice/Familienvorstand (Name, Vorname, Geburtsdatum)	

Wird von der  
Krankenkasse  
ausgefüllt:

Eingang:

### 2. Taggeldversicherung nach KVG

#### 2.1 Kranken- und Unfalltaggeld KVG

<input type="radio"/> Taggeld nach KVG max. Fr. 50.–	<input type="radio"/> Krankheit
	<input type="radio"/> Krankheit/Unfall
Versicherungssumme/Tag Fr.	Wartezeit: Tage

### 3. Zusatzversicherungen nach VVG

#### 3.1 Krankenpflege-Zusatzversicherungen nach VVG

Träger: Krankenkasse Elm

<input type="radio"/> Zusatz ALLGEMEIN	<input type="radio"/> Zusatz PLUS
--	-----------------------------------

#### 3.2 Spitalzusatzversicherungen nach VVG

Träger: ÖKK-Versicherungen AG

<input type="radio"/> Kombi 1 Allgemein	<input type="radio"/> Kombi Flex	<input type="radio"/> Kombi 2 Halbprivat	<input type="radio"/> Kombi 3 Privat
---	----------------------------------	--	--------------------------------------

Träger: Krankenkasse Elm

#### 3.3 Individuelle Zusatzversicherung nach VVG

Träger: ÖKK-Versicherungen AG

<input type="radio"/> Taggeld VVG Compensa	Leistungsdauer: <input type="radio"/> 730 Tage <input type="radio"/> 365 Tage
<input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall	Wartezeit: Tage
Versicherungssumme/Tag Fr.	
<input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall	Wartezeit: Tage
Versicherungssumme/Tag Fr.	

#### Risikokapital bei Tod/Invalidität durch Unfall (UTI)

Träger: Solida Versicherungen AG

Versicherungssumme bei Tod Fr.	bei Invalidität max. Fr.
--------------------------------	--------------------------

#### Risikokapital bei Tod/Invalidität durch Krankheit (KTI)

Träger: AXA-Leben

(separates Formular)

#### Dental Zahnbehandlungskostenversicherung

Träger: ÖKK-Versicherungen AG

(separates Formular)

<input type="radio"/> TOURIST Reiseversicherung	Deckung: _____	Tage: _____	<input type="radio"/> Einzel <input type="radio"/> Familie
---	----------------	-------------	--

Monatsprämie  
in Fr.

### 4. Zahlungsverkehr

<input type="radio"/> Rechnung (ESR)	Bank/Adresse: _____
<input type="radio"/> LSV (Bank)	Konto-Nr. / Inhaber: _____
<input type="radio"/> DD (Post)	PC-Nr. / Inhaber: _____
<input type="radio"/> E-Rechnung	Prämien-Zahlungsart <input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> vierteljährlich <input type="radio"/> halbjährlich (1% Skonto) <input type="radio"/> jährlich (2% Skonto)

### 5. Versicherungsbeginn

Der Beitritt erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Krankenkasse oder Versicherung.

Beginn per:

## 6. Gesundheitsfragen

		Nein	Ja
1.	Körperbau (aktuelle Daten) Körpergrösse (cm):		
	Körpergewicht (kg):		
2.	Sind Sie zurzeit in Behandlung bzw. Kontrolle (Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeut) oder steht eine solche bevor?	£	£
3.	Sind Sie voll leistungsfähig?	£	£
4.	Ist ein Arztbesuch, Spital- oder Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation vorgesehen?	£	£
5.	Wurde bei Ihnen eine ambulante, ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt, oder erfolgte deswegen ein Spitalaufenthalt?	£	£
	Zum Beispiel wegen Krankheit oder Unfall:		
a.	der Atemwege/-organe?	£	£
b.	des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems?	£	£
c.	des Nervensystems oder der Psyche?	£	£
d.	der Verdauungsorgane?	£	£
e.	der Harn- oder Geschlechtsorgane?	£	£
f.	der Haut oder Allergien?	£	£
g.	der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?	£	£
h.	des Stoffwechsels oder der Drüsen?	£	£
i.	des Blutes oder Infektionskrankheiten?	£	£
j.	der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?	£	£
k.	Tumorleiden?	£	£
l.	einer anderen oben nicht genannten Erkrankung, Gebrechen oder Missbildung?	£	£

Nähere Angaben zu den mit Ja beantworteten Fragen

Nr.	Krankheit / Unfall / Gebrechen / Beschwerden / Medikament	Wann / wie lange / Abschluss	Behandelnder Arzt / Spital / Therapeut

		Nein	Ja
6.	Wurden bei Ihnen medizinische Analysen vorgenommen oder werden Sie sich demnächst einer solchen unterziehen? (EKG, AIDS-Test, Blut-, Urin- oder Röntgenuntersuchungen, Blutfettwerte, Blutdruck, usw.)	£	£
	Wenn ja: Welche?		
	Wann?		
	Durch wen?		
	Befund?		
7.	Leiden Sie unter Befindlichkeitsstörungen wie Schwindel, häufiges Kopfwegh, allergische Reaktionen, Erbrechen, Gelenkschmerzen etc.?	£	£
8.	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	£	£
	Wenn ja: Welche?		
	Von bis:		
9.	Konsumieren Sie Nikotin, Alkohol oder Drogen?	£	£
	Wenn ja: Was und wie viel?		
	Wie oft?		
10.	Besteht eine Fehlstellung der Zähne?	£	£
	Besteht eine Fehlstellung des Kiefers?	£	£
11.	Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig?	£	£
	Wenn nein, warum nicht?		
12.	Wurde der Antrag in den letzten 5 Jahren von einer Kranken-/Unfall-/Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen?	£	£
	Wenn ja, weshalb?		
13.	Welcher Arzt ist am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert?		
	Name / Vorname:		
	Adresse / PLZ / Ort der Praxis:		
	Telefonnummer:		
14.	Für Frauen		
	Besteht eine Schwangerschaft?	£	£
	Wenn ja, bitte voraussichtlichen Geburtstermin angeben:		
15.	Andere Versicherungen		
	Beziehen Sie Leistungen von IV, UVG, MV? nein £ ja £		
	von: IV £ £ UVG £ MV £ andere		
	Wenn andere Versicherung, welche? (Verfügung beilegen)		
	Sind Leistungen beantragt? nein £ ja £		
	welche?		
	Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen?	£	£
	(Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV Verfügung bei)		
	Art der Invalidität / des Gebrechens?		

### Ort, Datum und Unterschrift

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die oben genannten VVG-Versicherungen (gemäss Variantenblatt) bei der Krankenkasse Elm und weiteren Trägern. Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

- die oben erwähnten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben; (Ich nehme Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben die Kündigung des Vertrages und eine Leistungsverweigerung resp. eine Rückforderung zur Folge haben können).
- Kenntnis zu haben über die Identität des Versicherers, sowie über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages (versicherte Risiken, Umfang des Versicherungsschutzes, Prämien und meine weiteren Pflichten, Mindestvertragsdauer und Kündigungsfristen).
- die Allgemeine Versicherungsbestimmungen (AVB) zu akzeptieren.

Ich ermächtige die Krankenkasse Elm und weitere Träger der von mir beantragten Versicherungen, bei Ärzten, Zahnärzten, Therapeuten, Spitäler, medizinischem Personal, sowie bei Krankenversicherungen und anderen Versicherungsgesellschaften die Auskünfte (insbesondere über den Gesundheitszustand) einzuholen, die für den Abschluss der Versicherungen nach VVG erforderlich sind, und entbinde sie dafür vom Berufsgeheimnis. Die Krankenkasse Elm verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Zudem ermächtige ich sämtliche Träger der von mir beantragten Versicherungen, in mein Krankenversicherungsdossier bei der Krankenkasse Elm Einsicht zu nehmen.

Ort und Datum:

**O** Unterschrift (VersicherungsnehmerIn, gesetzliche/r VertreterIn):