



Taggeldversicherung nach KVG / Zusatzversicherung nach VVG

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, Kopie beilegen)
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Tel. Privat:	Mobil:
Tel. Geschäft:	E-Mail:
Familien-Hauptpolice/Familienvorstand (Name, Vorname, Geburtsdatum)	

Wird von
der Kran-
kenkasse
ausgefüllt:

Eingang:

2. Taggeldversicherung nach KVG

2.1 Kranken- und Unfalltaggeld KVG

<input type="checkbox"/> Taggeld nach KVG (max. Fr. 10.00/Tag)	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall
Versicherungssumme/Tag Fr.	Wartefrist:	Tage

3. Zusatzversicherungen nach VVG

3.1 Ambulante Zusatzversicherungen nach VVG

Träger: ÖKK Versicherungen AG	
<input type="checkbox"/> Allgemeiner Zusatz AZ	<input type="checkbox"/> Privat-Zusatz PZ

3.2 Spitalzusatzversicherungen nach VVG

Träger: ÖKK Versicherungen AG				
<input type="checkbox"/> Kombi Allgemein	<input type="checkbox"/> Kombi Halbprivat	<input type="checkbox"/> Kombi Privat	<input type="checkbox"/> Kombi Flex	<input type="checkbox"/> Kombi Global
Halbprivat/Privat:	<input type="checkbox"/> Franchise Fr. 0.--	<input type="checkbox"/> Franchise Fr. 2 000.--	<input type="checkbox"/> Franchise Fr. 5 000.--	

3.3 Individuelle Zusatzversicherung nach VVG

<input type="checkbox"/> Taggeld VVG	Leistungsdauer:	730 Tage
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	Versicherungssumme/Tag Fr. _____	Wartefrist: _____ Tage
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	Versicherungssumme/Tag Fr. _____	Wartefrist: _____ Tage
<input type="checkbox"/> Tourist Jahresversicherung	<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> Fr. 50 000.-- <input type="checkbox"/> Fr. 250 000.--
(nur in Kombination mit AZ/PZ/Kombi)	<input type="checkbox"/> Familie	<input type="checkbox"/> Fr. 100 000.-- <input type="checkbox"/> CHF 500 000.--

<input type="checkbox"/> Risikokapital bei Tod/Invalidität durch Unfall (UTI)	Träger: Solida Versicherungen AG
Versicherungssumme bei Tod Fr.	bei Invalidität max. Fr.

<input type="checkbox"/> Risikokapital bei Tod/Invalidität durch Krankheit (KTI)	Träger: AXA-Leben	separates Formular
---	-------------------	--------------------

<input type="checkbox"/> Dental Zahnbehandlungskostenversicherung	Träger: ÖKK Versicherungen AG	separates Formular
--	-------------------------------	--------------------

<input type="checkbox"/> Tourist subito	Träger: ÖKK Versicherungen AG	separates Formular
--	-------------------------------	--------------------

Monatsprämie
in Fr.

4. Zahlungsverkehr

<input type="checkbox"/> Rechnung (ESR)	Bank / Adresse:	_____
<input type="checkbox"/> LSV (Bank)	IBAN-Nr. / Inhaber:	_____
<input type="checkbox"/> DD (Post)	PC-Nr. / Inhaber:	_____
<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	Prämien-Zahlungsart	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 2-monatlich <input type="checkbox"/> ¼-jährlich <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich

5. Versicherungsbeginn

Der Beitritt erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Krankenkasse oder Versicherung. Bitte kündigen Sie die allfällig bestehende(n) Zusatzversicherung(en) erst nach Erhalt der Deckungsbestätigung der Krankenkasse Einsiedeln.

Beginn per:

6. Gesundheitsfragen

		Ja	Nein
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Sind Sie voll leistungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ist ein Arztbesuch, Spital- oder Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. der Atemwege/-organe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. des Nervensystems oder der Psyche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. der Verdauungsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. der Harn- oder Geschlechtsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. der Haut oder Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. des Stoffwechsels oder der Drüsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. des Blutes oder Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k. Tumorleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	l. einer anderen oben nicht genannten Erkrankung, Gebrechen oder Missbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nähere Angaben zu den mit Ja beantworteten Fragen

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

		Ja	Nein
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch wen? Befund?		
7.	Leiden Sie unter Befindlichkeitsstörungen wie Schwindel, häufiges Kopfweg, allergische Reaktionen, Erbrechen, Gelenkschmerzen etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja: Welche? Von bis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Konsumieren Sie Nikotin, Alkohol oder Drogen? Wenn ja: Was und wie viel? Wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Besteht eine Fehlstellung der Zähne? Besteht eine Fehlstellung des Kiefers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig? Wenn nein, warum nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Wurde der Antrag in den letzten 5 Jahren von einer Kranken-/Unfall-/Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerenden Bedingungen angenommen? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Andere Versicherungen Beziehen Sie Leistungen von IV, UVG, MV? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> von: <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> andere Wenn andere Versicherung, welche? (Verfügung beilegen) Sind Leistungen beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die oben genannten VVG-Versicherungen (gemäss Variantenblatt) bei der Kranken- & Unfallkasse Einsiedeln 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 Kranken- & Unfallkasse Einsiedeln und weitere Träger der von mir beantragten Versicherungen, bei Ärzten, Zahnärzten, Therapeuten, Spitälern, 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 Einsiedeln verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Zudem ermächtige ich sämtliche Träger der von mir beantragten Versicherungen, in mein Krankenversicherungsdossier bei der Krankenkasse Einsiedeln Einsicht zu nehmen.

Ort und Datum:

✕ Unterschrift (VersicherungsnehmerIn, gesetzliche/r VertreterIn):