

Versicherungsantrag

Neuaufnahme Versicherungsänderung Vorgeburtliche Anmeldung _____

Offert-Nr. _____ Versicherungs-Nr. _____

Versicherungsbeginn _____ Familien-Nr. _____

Zu versichernde Person (anzugeben ist hier der gesetzliche Wohnort / bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

c/o _____ Telefon privat _____ Telefon Geschäft _____

Geschlecht weiblich männlich Zivilstand verheiratet ledig _____

Nationalität _____ Sprache Deutsch Französisch

E-Mail _____

Prämienrechnung (nur ausfüllen, sofern nicht mit obigen Angaben identisch)

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Gewünschte Zahlungsart

monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

(Bei halbjährlicher oder jährlicher Zahlung erhalten Sie einen Rabatt.)

Zahlungsweg

DD (Debit Direct) Postkonto-Nr. _____ KontoinhaberIn _____

LSV (bitte separates Formular ausfüllen)

Einzahlungsschein

E-Rechnung: Mehr erfahren Sie auf www.provita.ch.

Leistungsrückvergütung

IBAN _____

auf Bankkonto-Nr. _____ KontoinhaberIn _____

Name der Bank _____ Clearing-Nr. der Bank _____

Adresse der Bank _____

auf Postkonto-Nr. _____ KontoinhaberIn _____

Versicherungen nach KVG

SANA

MEDICASA (Hausarztmodell)

Hausarzt (zwingende Angabe)

HMO

HMO-Zentrum (zwingende Angabe)

Franchise

gesetzliche wählbare

Erwachsene CHF 300.– CHF 500.– CHF 1000.– CHF 1500.– CHF 2000.– CHF 2500.–

Junge Erwachsene CHF 300.– CHF 500.– CHF 1000.– CHF 1500.– CHF 2000.– CHF 2500.–

Kinder CHF 0.– CHF 100.– CHF 300.– CHF 500.–

mit Unfall

Ja

Nein

Name/Adresse des Arbeitgebers

Beruf

Zusatzfragen

Bei Versicherungswechsel (zwingend anzugeben)

Name und Adresse des aktuellen Krankenversicherers

Per wann haben Sie Ihren Versicherungsschutz gekündigt?

Bei Zuzug aus dem Ausland

Per wann sind Sie aus dem Ausland zugezogen?

(bitte Kopie der Aufenthaltsbewilligung oder Wohnsitzbestätigung beilegen)

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Antragsteller:

– einen Antrag auf Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) gestellt zu haben.

– falls der Unfall ausgeschlossen wurde, dass er über seinen Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfall versichert ist.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

(Falls Sie ein Produkt aus den Zusatzversicherungen gemäss VVG beantragen, sind die Gesundheitsfragen auf der Rückseite zu beantworten.)

Antrag für

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Versicherungsbeginn _____ Versicherungs-Nr. _____

Paket PRIMA Standard und CLINICA ProFlex

PRIMA: Erweiterte Kranken- und Unfallpflege (Karenzfrist bei Zahnstellungskorrekturen 365 Tage)

- Basic
- Standard
- Top

CLINICA: Spitalzusatzversicherungen (Karenzfrist bei Mutterschaft 365 Tage)

- Allgemein
- Hotela*
- ProFlex
- Halbprivat gemäss PROVITA-Liste
- Halbprivat (für HMO-Versicherte nicht möglich)
- Privat

Wählbare Kostenbeteiligung (nur bei Halbprivat und Privat möglich)

- CHF 100.-/Tag, max. CHF 1000.-/Jahr (15% Rabatt)
- CHF 200.-/Tag, max. CHF 2000.-/Jahr (20% Rabatt)
- CHF 300.-/Tag, max. CHF 3000.-/Jahr (25% Rabatt)
- CHF 500.-/Tag, max. CHF 5000.-/Jahr (35% Rabatt)

* Es sind nicht in allen Kantonen Vertragsspitäler vorhanden. Bitte erkundigen Sie sich bei der PROVITA Gesundheitsversicherung AG.

OPTIMA (private Abteilung nur bei Unfall)

DENTA: Zahnpflegeversicherung (bitte separates Formular ausfüllen, Karenzfrist 365 Tage)

VACANZA: Reise- und Ferienversicherung (in PRIMA Standard bereits inbegriffen)

MONETA: Taggeldversicherung
(bitte separates Formular ausfüllen, max. CHF 350.-/Tag, Hausfrauen/-männer CHF 50.-/Tag)

UTI: Todes- und Invaliditätskapital bei Unfall

Todesfallsumme CHF _____

Invaliditätssumme CHF _____

(Bitte entnehmen Sie die möglichen Varianten dem UTI-Prospekt.)

RKL/RKI: Todes- und Invaliditätskapital (bitte separates Formular ausfüllen)

Gesundheitsfragen	Ja	Nein
1. Sind Sie von der PROVITA Gesundheitsversicherung AG, anderen Krankenversicherungen oder Privatversicherungsgesellschaften bereits einmal ausgeschlossen, ausgesteuert oder abgewiesen worden oder besteht oder bestand bei irgendeiner Versicherung ein Versicherungsvorbehalt? <u>Wenn ja, weshalb oder wofür? Von welchem Versicherer?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fühlen Sie sich gegenwärtig vollständig gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sind Sie zu 100% arbeitsfähig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sind Sie zurzeit in ärztlicher/naturärztlicher/therapeutischer Behandlung oder steht eine solche Behandlung oder eine Kur bevor? <u>Wenn ja, weshalb?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Naturheilarzt, Therapeuten, in einem Spital, in einer Kuranstalt oder bei einem Psychiater/Psychologen und mussten sich behandeln lassen? <u>Wenn ja, weshalb? Datum/Jahr? Dauer? Behandlung durch? Behandlung abgeschlossen?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Bestehen zurzeit Krankheiten, Gebrechen, Unfallfolgen (inkl. Zahnunfall), Invalidität oder sind beim ungeborenen Kind durch Kontrollen Krankheiten etc. festgestellt worden? <u>Wenn ja, welche?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Besteht eine korrekturbedürftige Fehlstellung der Zähne oder des Kiefers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Haben Sie während längerer Zeit regelmässig Medikamente oder Drogen eingenommen oder nehmen Sie solche ein? <u>Wenn ja, seit wann? bis wann? Welche?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Konsumieren Sie Alkohol oder rauchen Sie? <u>Wenn ja, Menge? Was?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Wurde ein HIV-Test durchgeführt? <u>Wenn ja, wann? Ergebnis <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. <u>Körpergrösse in cm? Körpergewicht in kg?</u>		
12. Für weibliche Personen: Besteht eine Schwangerschaft? <u>Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weitere Bemerkungen oder Präzisierungen

Erklärung des Unterzeichnenden

Ich erkläre, die vorstehenden Fragen, selbst wenn die Antworten nicht von mir eigenhändig geschrieben wurden, vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen oder ausgelassen zu haben. Ich ermächtige die PROVITA Gesundheitsversicherung AG, bei allen Medizinal- und medizinisch-therapeutischen Personen sowie bei anderen Versicherern und Amtsstellen die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes und der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen, und befreie diese vom Berufsgeheimnis gegenüber der PROVITA Gesundheitsversicherung AG. Ich erlaube die Einsicht und Verwendung der Daten, die der PROVITA Gesundheitsversicherung AG aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach KVG bekannt sind. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht den Entzug der Versicherungsleistungen und den Ausschluss aus der PROVITA Gesundheitsversicherung AG zur Folge haben kann. Ich habe die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erhalten und erkläre mich für 14 Tage (bei ärztlicher Untersuchung für 4 Wochen) an den Antrag gebunden. Die Versicherung tritt auf das beantragte Datum in Kraft, frühestens aber auf den 1. des nächsten Monats nach Eingang des Antrages bei der PROVITA, sofern die Versicherung auf Grund der Gesundheitsprüfung im beantragten Ausmass abgeschlossen werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4
Postfach
8401 Winterthur

Tel. 052 260 02 02
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch
www.provita.ch

