

Taggeldversicherung MONETA (VVG)

Versicherungs-Nr. _____ Familien-Nr. _____

Versicherungsbeginn _____

Zu versichernde Person (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Nationalität _____ Telefon privat _____ Telefon Geschäft _____

Taggeldversicherung MONETA nach VVG (max. CHF 350.–/Tag, Hausfrauen/-männer CHF 50.–/Tag)

Krankheit _____ CHF/Tag Wartezeit _____ Tage

Unfall _____ CHF/Tag Wartezeit _____ Tage

1. Sind Sie Arbeitnehmer? Selbstständigerwerbender? arbeitslos? nicht erwerbstätig? Ja Nein

2. Beruf _____

3. Name und Adresse des Arbeitgebers bzw. der eigenen Firma

4. Arbeiten Sie bei einem Arbeitgeber 8 Stunden pro Woche oder mehr?

5. Falls Sie arbeitslos sind, seit wann beziehen Sie Arbeitslosenunterstützung? _____

6. Haben Sie noch bei einem anderen Versicherer eine Taggeld- oder Rentenversicherung abgeschlossen?
Wenn ja, bei welchem Versicherer? _____

7. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen hintereinander arbeits- oder erwerbsunfähig?
Wenn ja, weshalb? _____

Datum/Jahr?	Dauer?	Behandlung durch?	Behandlung abgeschlossen?
_____	_____	_____	_____

8. Besteht eine Invalidität?
Wenn ja, in welchem Grad? _____

9. Beziehen Sie eine Rente?
Wenn ja, von wem? _____

Bitte wenden!

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wenn ja, weshalb oder wofür? Von welchem Versicherer?</u>		
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wenn ja, weshalb?</u>		
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wenn ja, weshalb? Datum /Jahr? Dauer? Behandlung durch? Behandlung abgeschlossen?</u>		
6. Bestehen zurzeit Krankheiten, Gebrechen, Unfallfolgen (inkl. Zahnunfall), Invalidität oder sind beim ungeborenen Kind durch Kontrollen Krankheiten etc. festgestellt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wenn ja, welche?</u>		
7. Haben Sie während längerer Zeit regelmässig Medikamente oder Drogen eingenommen oder nehmen Sie solche ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wenn ja, wie lange/seit wann? Welche?</u>		
8. Konsumieren Sie Alkohol oder rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wenn ja, Menge? Was?</u>		
9. Wurde ein HIV-Test durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wenn ja, wann? Ergebnis <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ</u>		
10. Körpergrösse in cm? Körpergewicht in kg?		
11. Für weibliche Personen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin?</u>		

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 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

