

CONCORDIA
Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG

Hauptsitz
Bundesplatz 15, 6002 Luzern
Tel. 041 228 01 11
Fax 041 228 02 07
www.concordia.ch

Versichertennummer _____

Aussenstellennummer _____

Policennummer _____



Postfach 458
8260 Stein am Rhein SH
Tel. 0840 644 644
www.ngi.ch

Versicherungsantrag

- Neubeitritt
früher bei der CONCORDIA
versichert: ja nein
- Versicherungsänderung
- Übertritt Einzel- in Kollektivversicherung
- Übertritt Kollektiv- in Einzelversicherung

Vermittler _____

Personalien

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon P _____ Telefon G _____ E-Mail _____

männlich weiblich _____ Zivilstand _____

Vorversicherer in der Schweiz _____ Vorversicherer im Ausland _____

Einreise in die Schweiz (genauer Tag) _____ Nationalität _____ Ausländerausweis Typ _____ (bitte Kopie beilegen)

Korrespondenz-Sprache deutsch français italiano _____ CARE ja nein _____

Zusätzliche Angaben für Versicherungen nach VVG

Beruf (aktuelle Tätigkeit) _____ angestellt selbständig erwerbend _____

Prämienzahlung

monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zahlungsverfahren

LSVplus (Bank)* DD (Post)* Einzahlungsschein

* bitte separates Formular ausfüllen

Zahlungsadresse

für Rückerstattungen

Post _____ Postkonto-Nr. _____

Bank _____ Name der Bank _____

_____ Kontoinhaber _____

_____ Adresse der Bank _____

_____ PC-Nr. der Bank _____

_____ Bankkonto-Nr. _____

_____ Bank-Clearing _____

Versicherungen nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Monatsprämie

Versicherungsbeginn _____

mit Unfalldeckung ohne Unfalldeckung
Arbeitgeber/Arbeitsort _____

wählbare Franchise / Erwachsene (ab 19 Jahren)

CHF 500 CHF 1'000 CHF 1'500 CHF 2'000 CHF 2'500

wählbare Franchise / Kinder (0 - 18 Jahre)

CHF 100 CHF 200 CHF 300 CHF 400 CHF 500 CHF 600

myDoc Hausarztversicherung*
Netzwerk-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Arzt-Name _____

HMO* HMO-Zentrum _____

* myDoc- bzw. HMO-Versicherte erklären sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den bezeichneten myDoc-Arzt bzw. das bezeichnete HMO-Gesundheitszentrum durchführen oder sich durch diesen/dieses an Dritte überweisen zu lassen (Art. 1.2 der Zusatzreglemente myDoc Hausarztversicherung und HMO-Gesundheitsversicherung).

Monatsprämie

CHF _____

Freiwillige Taggeldversicherung - bitte Gesundheitserklärung ausfüllen

Versicherungsbeginn _____

B/D	<input type="checkbox"/> Krankheit	ab _____ Tag	CHF _____	
	<input type="checkbox"/> Kollektiv <input type="checkbox"/> mit Unfall <input type="checkbox"/> ohne Unfall	ab _____ Tag	CHF _____	CHF _____
C	<input type="checkbox"/> Unfall	ab _____ Tag	CHF _____	
	<input type="checkbox"/> Kollektiv	ab _____ Tag	CHF _____	CHF _____

Monatsprämie

CHF _____

Beitrittserklärung und Ermächtigung

Ich beantrage den Abschluss bzw. die Anpassung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss vorliegendem Antrag. Ich bestätige, die anwendbaren Reglemente der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) der CONCORDIA erhalten zu haben und anerkenne diese in vollem Umfang.

Ort und Datum _____ AntragsstellerIn, bzw. gesetzliche/r VertreterIn

.....

Werden nur Versicherungen nach KVG abgeschlossen, sind die nächsten Seiten nicht von Bedeutung. Bei Abschluss der freiwilligen Taggeldversicherung muss jedoch die Gesundheitserklärung ausgefüllt werden.

Beilagen

Kopie Ausländerausweis Gesundheitserklärung Formular LSVplus/DD
 Adressmutation IV-Verfügung

Agentur/Geschäftsstelle Datum _____ Unterschrift _____

Hauptsitz Datum _____ Visum _____

Versicherungen nach Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Versicherungsbeginn _____

Monatsprämie

A1 DIVERSA
 DIVERSA DIVERSA^{plus} CHF _____

A2 NATURA
 NATURA NATURA^{plus} CHF _____

Spitalversicherung

PE mit Unfall ohne Unfall
 PE 3 allgemein PE 3 CONFORT PE 3 CONFORT^{plus}
 PE 2 halbprivat PE 1 privat

Wählbare Jahresfranchise für PE2 halbprivat* oder PE1 privat*

CHF 1'000 CHF 2'000 CHF 3'000 CHF 5'000 CHF 10'000

* Die Aufhebung der Franchise oder der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist erstmals nach 3 Jahren mittels neuem Aufnahmeverfahren möglich (Art. 18.4 ZVB PE).

Spital LIBERO

Der Selbstbehalt pro Kalenderjahr beträgt:

- CHF 0, bei der Wahl der allgemeinen Spitalabteilung
- 20%, max. CHF 2'000, bei der Wahl der halbprivaten Spitalabteilung
- 35%, max. CHF 4'000, bei der Wahl der privaten Spitalabteilung

Ich erteile folgenden Personen die Vollmacht, für mich die Spitalabteilung zu wählen:

Name: _____ Vorname: _____ Unterschrift des Kunden:
Name: _____ Vorname: _____

Die CONCORDIA behält sich das Recht vor, die Versicherungsbedingungen infolge veränderter Marktverhältnisse durch neue zu ersetzen (Art. 6.3 ZVB Spital LIBERO).

CHF _____

Zahnpflegeversicherung

Z ja (ab erfülltem 5. Altersjahr bitte einen separaten Antrag ausfüllen)

Klasse: _____ / _____ % der Zahnarztrechnung, im Maximum CHF _____ pro Kalenderjahr

CHF _____

ACCIDENTA

G Unfallversicherung für Tod und Invalidität. Versicherungsträger: SOLIDA

Tod: CHF _____ Invalidität: CHF _____

Klasse: _____ Progression: 350 % 225 %

Die Versicherungssummen für Kleinkinder werden am 1. Januar des Jahres, in welchem das Kleinkind das vierte Altersjahr vollendet, automatisch folgendermassen angepasst:

Von Tod CHF 2'000 / Invalidität CHF 50'000 auf Tod CHF 10'000 / Invalidität CHF 50'000
Von Tod CHF 2'000 / Invalidität CHF 100'000 auf Tod CHF 20'000 / Invalidität CHF 100'000

CHF _____

Einzel-Taggeldversicherung

Monatsprämie

SK/SU STANDARD

EK/EU PLUS (inkl. Geburtengeld)

TK/TU TOP

	Leistungsdauer	Wartefrist	Versichertes Taggeld	
Krankheit	<input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
Krankheit	<input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
Krankheit	<input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
Unfall	<input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
Unfall	<input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
Unfall	<input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
H	<input type="checkbox"/> für Haushalt Führende			
Krankheit und Unfall	<input type="checkbox"/> 365 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
				CHF _____

Kollektiv-Taggeldversicherung

KK/KU Leistungsdauer und Geburtentaggeld gemäss Vertrag

	Leistungsdauer	Wartefrist	Versichertes Taggeld	
Krankheit	<input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
Unfall	<input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage	_____ Tag(e)	CHF _____	CHF _____
				CHF _____

Monatsprämie total

CHF _____

Gesundheitserklärung

Ist auszufüllen, wenn Versicherungen nach Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) oder die freiwillige Taggeldversicherung nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) beantragt werden.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum oder Versichertennummer _____

Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	nähere Angaben (Grund, Dauer, Arzt, geheilt, usw.)
01 Bestehen gegenwärtig gesundheitliche Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 Sind Sie in Behandlung / Kontrolle / Abklärung oder wurde eine solche empfohlen (bei Arzt, Naturarzt, Therapeut oder andere?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 Ist eine Operation geplant oder empfohlen? Sind Kuren vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 Wurde ein HIV-Test mit Resultat "positiv" durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 Besteht/Bestand ein Tumorleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06 Bestehen/Bestanden psychische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07 Bestehen/Bestanden Abhängigkeiten von Alkohol, Medikamenten, Drogen oder anderen Suchtmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08 Besteht eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen (wenn ja, bitte Kopie IV-Verfügung beilegen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09 Wurde ein Antrag durch einen anderen Versicherer abgelehnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Sind Sie in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder steht eine solche bevor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Haben Sie Kenntnis, dass eine Zahn- oder Kieferfehlstellung besteht oder dass Anzeichen einer solchen vorliegen? Wurde eine Abklärung empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geburtstermin?
13 Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 4 Wochen arbeitsunfähig oder besteht aktuell Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14 Krankheiten/Unfälle welche eine ambulante, stationäre, ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung oder Untersuchung notwendig machten? keine ja , folgende:

Krankheit/Unfall	Wann? Wie lange?	Arzt, Spital, Therapeut, usw.:	Folgen?
			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
			nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

Für zusätzliche Angaben kann die Rückseite verwendet werden.

15 Name und Adresse des Hausarztes bzw. des Arztes, welcher am besten über Ihre Krankengeschichte informiert ist:

16 Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg

Beitrittserklärung und Ermächtigung

Ich beantrage hiermit den Abschluss bzw. die Anpassung der Versicherungen gemäss vorliegendem Antrag. Ich bestätige, die anwendbaren Versicherungsbedingungen der CONCORDIA erhalten zu haben und anerkenne diese in vollem Umfang.

Ich bestätige zudem, beim Abschluss von Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) 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.

Ich ermächtige hiermit die CONCORDIA, bei Ärzten/Ärztinnen, Spitälern, medizinischen Institutionen, Sozialversicherungen und privaten Versicherungseinrichtungen die zur Antragsprüfung benötigten Auskünfte einzuholen.

Die Fragen der Gesundheitserklärung zum Versicherungsantrag habe ich wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet. Unvollständige und unwahre Angaben berechtigen die CONCORDIA, Leistungsverweigerungen vorzunehmen und den Vertrag zu kündigen oder Vorbehalte anzubringen.

Ort und Datum

AntragsstellerIn, bzw. gesetzliche/r VertreterIn

.....

.....

Beilagen

- Kopie Ausländerausweis
- Formular LSVplus/DD
- Adressmutation
- IV-Verfügung
-

Agentur/Geschäftsstelle

Datum _____

Unterschrift _____

Hauptsitz

Datum _____

Visum _____