

## Versicherungsangebot Gültig bis

Name, Vorname Berater

Berater-Nr.

Neukunde

Bestehender Kunde

Versicherungs-Nr.

Vorgeburtliche Anmeldung

BILAS (Bilaterale Verträge CH/EU)

**Gewünschter Versicherungsbeginn**

**KVG**

**VVG**

Dauer

Ende

**Personalien**

Name, Vorname

Versicherter ist Vertragsvorstand

c/o

Versicherter im Vertrag von

Strasse, Nr.

Name/Vorname:

PLZ, Ort

Land

Telefon P

Geburtsdatum

Nationalität

Telefon G

Zivilstand

m

w

Mobile

E-Mail

**Produkteangebot**

Kollektivvertrags-Nr.

Rabatte  
MJ

Familie

Prämie  
CHF

Kranken- pflege	<input type="checkbox"/> BASIS – Obligatorische Krankenpflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ohne Unfall	<input type="checkbox"/> mit Unfall	JF CHF	–	–			
	<input type="checkbox"/> PREMED-24	<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> HAV	Name Modell:	–	–			
	<input type="checkbox"/> RegioMed	<input type="checkbox"/> BeneFit							
Krankenpflege- zusatz	<input type="checkbox"/> TOP – Standardergänzung zur BASIS	<input type="checkbox"/> ohne Unfall			*	*			
	<input type="checkbox"/> PRESANA – Komplementäre Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ohne Unfall			–	–			
	<input type="checkbox"/> SANA – Natürliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ohne Unfall			*	*			
	<input type="checkbox"/> COMPLETA – Umfassende Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ohne Unfall			*	*			
Spitalzusatz	<input type="checkbox"/> HOSPITAL ECO – Allgemeine Abteilung, ganze CH	<input type="checkbox"/> mit Spitalliste SMILE	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*			
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL PLUS – Halbprivate Abteilung, ganze CH	<input type="checkbox"/> Bonus (ab Alter 50)	JF CHF						
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL COMFORT – Private Abteilung, ganze CH	<input type="checkbox"/> Mutterschaft allg. Abt.			*	*			
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL ALBERGO – ganze CH	<input type="checkbox"/> mit Spitalliste SMILE	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*			
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL FLEX – Flexible Zimmer- und Arztwahl	<input type="checkbox"/> DUO – Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> SOLO – Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*		
Kapital- und Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> PREVEA – Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität								
	<input type="checkbox"/> infolge Krankheit (PREVEA Krankheit)	Tod CHF	Invalidität CHF		–	–			
	<input type="checkbox"/> infolge Unfall (PREVEA Unfall)	Tod CHF	Invalidität CHF		–	–			
	<input type="checkbox"/> Helsana-advocarePLUS – Rechtsschutzversicherung	vorausgesetzt TOP oder COMPLETA			–	–			
Taggeld	<input type="checkbox"/> CASA – Haushalttaggeld-Versicherung	Wartefrist	Tagesansätze		–	*			
	<input type="checkbox"/> SALARIA – Taggeldversicherung KVG	Wartefrist	Tagesansätze						
		<input type="checkbox"/> ohne Unfall			–	–			
	<input type="checkbox"/> VIVANTE – Langzeitpflege-Versicherung	Variante			–	–			
	<input type="checkbox"/> DENTaPlus <sup>1</sup> – Zahnpflegeversicherung	Variante			–	–			

Andere Produkte

**Total Monatsprämie brutto**

CHF

– Familienrabatt\* (5% / 10% auf bestimmten VVG)

%

– Kollektivrabatt gemäss Vertrags-Nr.

– Mehrjahresrabatt\* (1% / 2% auf bestimmte VVG)

%

**Total Monatsprämie netto**

CHF

## Versicherungsantrag

### Fragen zum bisherigen Krankenversicherer

Sind oder waren Sie jemals bei Helsana oder der Helsana Zusatzversicherungen AG versichert?  Ja  Nein

### Fragen zu anderen Versicherern

Beziehen Sie eine Rente, Taggelder oder andere Leistungen einer Sozialversicherung (IV, MV, SUVA oder andere Unfallrente)?  Ja, seit wann  Nein

Wofür

### Fragen für Prämienzahler (Vertragsvorstand)

- Gewünschte Zahlung für Prämie:
- Einzahlungsschein orange (ESR)
  - Debit Direct Post (DD)
  - Lastschriftverfahren Bank (LSV)
  - Kollektiv-Sammelinkasso (SIZ)

### Kontoverbindung für Prämien und Leistungsrückerstattungen

Pro Auszahlung mittels Auszahlungsschein (ASR) (ohne Kontoverbindung) werden CHF 20.- (ASP) belastet.

### Angaben für Grenzgänger (BILAS)

Adresse Arbeitgeber

Newsletter

Kundenzeitschrift

Name Krankenversicherer

Ort (Filiale)

Versicherungs-Nr.

Austritt per

Zuzug aus dem Ausland (Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen)

Ja

Von

bis

Name, Vorname

monatlich\*  zweimonatlich\*

vierteljährlich\*  halbjährlich (0,4% Skonto)  jährlich (1% Skonto)

\*Prämienbetrag muss monatlich höher als CHF 50.- sein

Bankkonto-Nr.

Bankclearing-Nr.

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Name der Bank

Adresse

Postkonto-Nr.

Firmenname

Adresse

PLZ, Ort

E-mail-Adresse

Sprache  D  F  I

Ich beantrage den Abschluss der aufgeführten Versicherungen (Versicherungsangebot) und werde für die Zusatzversicherung nach VVG ein zusätzliches Formular (Gesundheitsdeklaration sowie weitere Fragen) ausfüllen und unterzeichnen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich ohne Ausfüllen und Unterzeichnen dieses zusätzlichen Formulars nur die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG abschliessen kann.

Ich bestätige, vor Einreichung dieses Antrages die Versicherungsbedingungen (VB) erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift allfälliger Berater

Ort und Datum

Unterschrift allfälliger Übersetzer

## Gesundheitsdeklaration für Zusatzversicherungen nach VVG

<b>Gewünschter Versicherungsbeginn</b>	Tag	Monat	Jahr
<b>Zu versichernde Person</b>	Versicherungs-Nr.		
Geburtsdatum	Name, Vorname		

**Jede der nachfolgenden Fragen muss vom Antragsteller/gesetzlichen Vertreter persönlich beantwortet werden. Leerlassungen sind nicht zulässig.**

### Gesundheitsfragen

<b>1</b>	Körperbau	Grösse (cm)	Gewicht (kg)		
<b>2 a)</b>	Sind Sie zurzeit in Behandlung bzw. Kontrolle (Arzt, Naturarzt, Therapeut etc.) oder steht eine solche bevor?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>b)</b>	Wurde Ihnen eine Untersuchung/med. Abklärung empfohlen, jedoch noch nicht durchgeführt?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>3</b>	Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/natur-ärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt?	Zum Beispiel wegen Krankheit oder Störung:			
		a) der Atemwege/-organe?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		b) des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		c) des Nervensystems oder der Psyche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		d) der Verdauungsorgane?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		e) der Harn- oder Geschlechtsorgane?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		f) der Haut oder Allergien?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		g) der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		h) des Stoffwechsels oder der Drüsen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		i) des Blutes oder Infektionskrankheiten?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		j) der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		k) Tumorleiden?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		l) an einer anderen oben nicht genannten Erkrankung, Gebrechen oder Missbildung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Falls Sie unter 2a, 2b oder 3 eine oder mehrere der Fragen mit «Ja» beantwortet haben, bitte hier näher beschreiben

Frage	Art der Krankheit/Störung (Diagnose), der Beschwerden oder Ergebnis/Grund der Behandlung/Kontrolle/Untersuchung	Datum der letzten Behandlung	Name und Adresse vom behandelnden Arzt/Naturarzt, Therapeut/Spital	folgenlos geheilt
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**4** Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrehen?  Ja  Nein

(Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei)

Art der Invalidität/des Geburtsgebrehens

**5** Besteht eine Fehlstellung der Zähne?  Ja  Nein

des Kiefers?  Ja  Nein

**6** Sind Sie HIV infiziert?  Ja  Nein

**7** Nehmen/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet?  Ja  Nein

(Ausgenommen Antibabypille)

Ja, welche?

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**8** Nehmen/nahmen Sie Drogen?  Ja  Nein

Ja, welche?

Wie oft? \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**9** Trinken/tranken Sie regelmässig\* Alkohol?  Ja  Nein

\*mehr als 0,5 l Wein oder 1 l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich

Fortsetzung auf der Rückseite

10 Rauchen Sie mehr als 20 Zigaretten, 6 Zigarren oder 4 Pfeifen pro Tag?  Ja  Nein

11 Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  
 Ja, voraussichtlicher Geburtstermin? \_\_\_\_\_

12 Was ist Ihre aktuelle Berufstätigkeit? \_\_\_\_\_

13 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Kranken-/Unfall-/Lebensversicherer abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschweren Bedingungen angenommen?  Ja  Nein

14 Name und Anschrift des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann?  
 Name \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_

15 Fragen bei Taggeld-/Langzeitpflegeversicherungen SALARIA/CASA/VIVANTE  
 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren Ihre berufliche Tätigkeit (Arbeit/Hausarbeit/Ausbildung) jemals länger als 3 Wochen zusammenhängend unterbrechen?  Ja  Nein  
 Wenn ja:

Grund der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit	Dauer in Wochen	Datum Monat/Jahr	Name und Adresse vom behandelnden Arzt/Naturarzt, Therapeut/Spital	folgenlos geheilt
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Fragen bei Taggeldversicherungen SALARIA**

16 a) Arbeitszeit pro Woche/Std. Sind Sie  selbständig  angestellt  arbeitslos

b) Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

c) Wieviel und wie lange erhalten Sie Ihren Lohn bei Krankheit, bzw. Unfall?  
 Krankheit % Lohn für Monate, danach %  
 Unfall % Lohn für Monate, danach %

d) Besteht noch eine andere Taggeldversicherung?  Ja  Nein  
 Ja, CHF \_\_\_\_\_ pro Tag  für Krankheit  für Unfall

**Fragen bei Kapitalversicherung PREVEA**

17 Begünstigte im Todesfall  
 Die gesetzlichen Erben (gemäss VB)  
 Andere (bitte nebenstehend angeben)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet habe und auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau meinen Angaben entsprechen.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte, Vertrauensärzte (namentlich der Helsana-Gruppe) sowie medizinisches und vertrauensärztliches Personal, Behörden, Amtsstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Helsana Zusatzversicherungen AG und der Helsana-Gruppe sowie weiteren Versicherungsträgern gemäss den von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der beantragten Versicherung erforderlichen Auskünfte (für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung) zu erteilen. Mitglieder der Helsana-Gruppe sind neben der Helsana Zusatzversicherungen AG, die Helsana Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG, sansan Versicherungen AG, avanex Versicherungen AG, die aerosana versicherungen, Helsana Unfall AG, Helsana Beteiligungen AG, Helsana und PROCARE Vorsorge AG.

Für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung ermächtige ich die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Mitglieder der Helsana-Gruppe und allfällige weitere Versicherungsträger gemäss der von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und / oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und zu diesem Zweck zu bearbeiten.

Diese Personendaten werden nur solange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie eine allfällige Wiedererwägung zu Gunsten eines vorerst abgelehnten Antragstellers zwingend erfordern. Anschliessend werden die Personendaten wieder gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass ich regelmässig per SMS, E-Mail, Briefpost oder per Telefon über weitere Produkte und Angebote der Helsana-Gruppe, die auf meine individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein könnten, informiert und beworben werden kann und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Zu diesen Zwecken erteile ich insbesondere auch meine Einwilligung, dass meine Personendaten für bedürfnisorientierte Kundengruppenbildungen mit mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet werden dürfen. Ferner bin ich auch damit einverstanden, dass ich regelmässig via SMS, E-Mail, Briefpost oder per Telefon über Produkte und Angebote von Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe, die auf der Website von Helsana aufgeführt sind, informiert und beworben werden kann und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Ich habe die auf der Website von Helsana enthaltenen Datenschutzbestimmungen für diesen Zusatznutzen zur Kenntnis genommen. Ferner bin ich auch über die dort aufgeführten Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe orientiert. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einen allfälligen Widerruf meiner Einwilligung für die Bearbeitung von meinen Daten für die oben erwähnten Marketingzwecke schriftlich dem Kundendienst mitteilen muss.

Ich bestätige, vor Einreichung des Antrages die entsprechenden Versicherungsbedingungen (AVB/ZVB/VB/BVB) für die beantragten Zusatzversicherungen erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_ Unterschrift allfälliger Berater \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift allfälliger Übersetzer \_\_\_\_\_