

Versicherungsangebot Gültig bis

Tel. 0840 644 644

admin@ngi.ch www.ngi.ch

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
Name/Vorname:

Strasse, Nr.

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	Bonus (ab Alter 50)	JF CHF				
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL COMFORT – Private Abteilung, ganze CH	Mutterschaft allg. Abt.			*	*	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL ALBERGO – ganze CH	<input type="checkbox"/> DUO – Zweibettzimmer					
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL FLEX – Flexible Zimmer- und Arztwahl	<input type="checkbox"/> SOLO – Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*	
Kapital- und Rechtsschutz	PREVEA – Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität	Tod CHF	Invalidität CHF		–	–	
	<input type="checkbox"/> infolge Krankheit (PREVEA Krankheit)	Tod CHF	Invalidität CHF		–	–	
	<input type="checkbox"/> infolge Unfall (PREVEA Unfall)						
Taggeld	<input type="checkbox"/> CASA – Haushalttaggeld-Versicherung	Wartefrist	Tagesansätze		–	*	
	<input type="checkbox"/> SALARIA – Taggeldversicherung KVG	Wartefrist	Tagesansätze				
	<input type="checkbox"/> VIVANTE – Langzeitpflege-Versicherung	<input type="checkbox"/> ohne Unfall			–	–	
	<input type="checkbox"/> DENTaplus ¹ – 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 Progrès 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

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 Formulares 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

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

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

Gesundheitsfragen

1 Körperbau	Grösse (cm)	Gewicht (kg)	
2 a) 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) Wurde Ihnen eine Untersuchung/med. Abklärung empfohlen, jedoch noch nicht durchgeführt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3 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 Geburtsgebrechen? <small>(Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei)</small>	Art der Invalidität/des Geburtsgebrechens		
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

5 Besteht eine Fehlstellung	der Zähne?		
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	des Kiefers?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

6 Sind Sie HIV infiziert?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

7 Nehmen/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet? <small>(Ausgenommen Antibabypille)</small>			
	Ja, welche?		
	Von	bis	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

8 Nehmen/nahmen Sie Drogen?			
	Ja, welche?		
	Wie oft?	von	bis
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

9 Trinken/tranken Sie regelmässig* Alkohol? <small>*mehr als 0,5 l Wein oder 1 l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich</small>			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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 erschwerten 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 Krankenversicherungs-dossier 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 _____