

Neuantrag       Änderungsantrag

Stempel Partnergesellschaft / Makler

Policen-Nummer

Vermittler

Sanitas-Vermittlernummer

303 333

**NGI** Service Center

303 333

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

**Kollektivversicherung** (nur ausfüllen, falls Kollektivvertrag besteht)

Name der Firma

Corporate-/Corporate Office-Vertragsnummer

Personal-Nummer

Eintritt in die Firma

**Wird für die gleiche Person auch ein Antrag Basic (KVG) eingereicht, muss auf Seite 1 nur Name, Vorname des Versicherungsnehmers sowie der zu versichernden Person und auf Seite 2 nichts ausgefüllt werden.**

**Versicherungsnehmer** (Prämienzahler)

Herr       Frau

Name, Vorname

**Zustelladresse**

c/o

Strasse, Nr. / Postfach

PLZ, Ort

Land

**Zu versichernde Person**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich

weiblich

Zivilstand

**Nationalität / Aufenthaltsbewilligung**

Nationalität

Aufenthaltsbewilligung\*

\* Ausländer bitte Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen

**Zivilrechtlicher Wohnsitz** (nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit der Zustelladresse des Versicherungsnehmers)

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Land

## Allgemeine Angaben

### Kontakt

Telefon privat

Telefon Geschäft

Mobile

E-Mail

### Unterlagen

Unterlagen bitte in folgender Sprache zustellen

Deutsch

Französisch

Italienisch

### Zahlungsmodalität

Prämienfälligkeit

monatlich

zweimonatlich

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

Bezahlung mittels

LSV (Bank)

Debit Direct (PostFinance)

Einzahlungsschein

### Kontoverbindung

Für Auszahlungen, die nicht über ein Bank- oder Postkonto erfolgen, wird eine Gebühr erhoben.

Konto

Bank

Post

Postkonto-Nummer

Name Bank

Bankkonto-Nummer

PLZ, Ort

Clearing-Nummer

oder IBAN

### Zusammenlegung von Policen

Falls bereits Familienangehörige bei der Sanitas versichert sind, wünschen Sie eine Zusammenlegung der Policen?

ja  nein

Information zur bereits bei der Sanitas versicherten Person

Name, Vorname

Policen-Nummer

# Antrag an die Sanitas Privatversicherungen AG

Rechtsgültige Adresse: Lagerstrasse 107, 8021 Zürich

Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsbeginn

## Ambulante Zusatzversicherungen

**Jump**

**Family**  
Leistungskonto in CHF  10 000.-  25 000.-  50 000.-

**Classic**

Unfall generell mitversichert  CHF  /Mt.

## Spitalzusatzversicherungen

**Hospital Standard**  
Allgemeine Abteilung in allen Vertragsspitalern der Schweiz

**Hospital Standard Liberty**  
Allgemeine Abteilung in allen Vertragsspitalern der Schweiz  
(mit Wahlmöglichkeit für die halbprivate oder die private Abteilung)

Unfall  ja  nein  CHF  /Mt.

**Hospital Comfort**  
Halbprivate Abteilung in allen Akutspitalern der Schweiz

**Hospital Comfort Liberty**  
Private Abteilung 2er-Zimmer in allen Akutspitalern der Schweiz  
(mit Wahlmöglichkeit für die private Abteilung 1er-Zimmer)

**Hospital Private**  
Private Abteilung 1er-Zimmer in allen Akutspitalern der Schweiz

**Hospital Private Liberty**  
Private Abteilung 1er-Zimmer in allen Akutspitalern weltweit

Unfall  ja  nein

Jahresfranchise in CHF  keine  CHF 1500.-  CHF 3000.-  CHF 5000.-

Bruttoprämie  CHF  /Mt.

./ Step-by-Step (Prämienrabatt \_\_\_\_\_ %)  CHF  /Mt.

Nettoprämie  CHF  /Mt.

## Ergänzende Zusatzversicherungen

**Medical Private**  
Ambulante Behandlungen weltweit

Unfall  ja  nein  CHF  /Mt.

**Dental**  
Zahnbehandlungen (ab 6. Altersjahr bitte separaten Dental-Antrag ausfüllen)

Unfall  ja  nein  CHF  /Mt.

## Salary VVG Taggelder bei Arbeitsunfähigkeit

**Krankheit**

ab  Tag  CHF  CHF  /Mt.

ab  Tag  CHF  CHF  /Mt.

**Unfall (nur in Kombination mit Krankheit)**

ab  Tag  CHF  CHF  /Mt.

ab  Tag  CHF  CHF  /Mt.

Total Monatsprämie  CHF

# Antrag an die Sanitas Privatversicherungen AG

Rechtsgültige Adresse: Lagerstrasse 107, 8021 Zürich

Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsbeginn

## Ambulante Zusatzversicherungen

**Jump**

**Family**  
Leistungskonto in CHF  10 000.-  25 000.-  50 000.-

**Classic**

Unfall generell mitversichert  CHF  /Mt.

## Spitalzusatzversicherungen

**Hospital Standard**  
Allgemeine Abteilung in allen Vertragsspitalern der Schweiz

**Hospital Standard Liberty**  
Allgemeine Abteilung in allen Vertragsspitalern der Schweiz  
(mit Wahlmöglichkeit für die halbprivate oder die private Abteilung)

Unfall  ja  nein  CHF  /Mt.

**Hospital Comfort**  
Halbprivate Abteilung in allen Akutspitalern der Schweiz

**Hospital Comfort Liberty**  
Private Abteilung 2er-Zimmer in allen Akutspitalern der Schweiz  
(mit Wahlmöglichkeit für die private Abteilung 1er-Zimmer)

**Hospital Private**  
Private Abteilung 1er-Zimmer in allen Akutspitalern der Schweiz

**Hospital Private Liberty**  
Private Abteilung 1er-Zimmer in allen Akutspitalern weltweit

Unfall  ja  nein

Jahresfranchise in CHF  keine  CHF 1500.-  CHF 3000.-  CHF 5000.-

Bruttoprämie  CHF  /Mt.

./ Step-by-Step (Prämienrabatt \_\_\_\_\_ %)  CHF  /Mt.

Nettoprämie  CHF  /Mt.

## Ergänzende Zusatzversicherungen

**Medical Private**  
Ambulante Behandlungen weltweit

Unfall  ja  nein  CHF  /Mt.

**Dental**  
Zahnbehandlungen (ab 6. Altersjahr bitte separaten Dental-Antrag ausfüllen)

Unfall  ja  nein  CHF  /Mt.

## Salary VVG Taggelder bei Arbeitsunfähigkeit

**Krankheit**

ab  Tag  CHF  CHF  /Mt.

ab  Tag  CHF  CHF  /Mt.

**Unfall** (nur in Kombination mit Krankheit)

ab  Tag  CHF  CHF  /Mt.

ab  Tag  CHF  CHF  /Mt.

**Total Monatsprämie**  CHF

## Gesundheitsfragen

Wenn eine der Fragen 2 bis 9 mit **Ja** beantwortet wird, ist die **Tabelle für ergänzende Angaben** auszufüllen.

<b>1</b>	Ist eine Ärztin/ein Arzt über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert? Wenn ja, Name, vollständige Adresse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>2</b>	Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher, zahnärztlicher oder einer anderen Behandlung oder Kontrolle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>3</b>	Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an einer Gesundheitsstörung oder Krankheit? Zum Beispiel: der Atemwegsorgane, des Herzens, des Kreislaufsystems, des Nervensystems oder der Psyche, der Verdauungsorgane, der Harn- oder Geschlechtsorgane, Frauenkrankheiten, Hautkrankheiten, des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels oder der Drüsen, Blut- oder Infektionskrankheiten, der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase), Tumorleiden, Geburtsgebrechen oder einer anderen oben nicht genannten Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>4</b>	Nehmen Sie Medikamente ein (ausgenommen Antibabypille)? Wenn ja, welche (Name des Arzneimittels)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>5</b>	Besteht eine HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>6</b>	Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>7</b>	Bestehen Folgen von Krankheiten oder Unfällen, Anomalien, Entwicklungsstörungen, Geburts- oder anderen Gebrechen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>8</b>	Steht eine ambulante oder stationäre Behandlung bevor oder wurde Ihnen eine solche empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>9</b>	Beziehen Sie gegenwärtig IV-, UVG- oder MV-Leistungen oder wurden solche beantragt? Wenn ja, ist eine Kopie der Verfügung beizulegen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>10</b>	Für weibliche Personen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>11</b>	Rauchen/rauchten Sie in den letzten 5 Jahren Zigaretten, Zigarren oder Pfeife? Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Menge pro Tag		von/bis (Jahr)	
<b>12</b>	Konsumieren/konsumierten Sie in den letzten 5 Jahren Drogen (z.B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy usw.)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie oft pro Woche?		von/bis (Jahr)	
<b>13</b>	Konsumieren/konsumierten Sie in den letzten 5 Jahren Alkohol (mehr als 0,5l Wein oder 1l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich)? Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie viel pro Tag?		von/bis (Jahr)	
<b>14</b>	Körpergröße cm	Körpergewicht kg	
<b>15</b>	Berufliche Tätigkeit		
<b>16</b>	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Lebens-, Unfall- oder Krankenversicherer ausgeschlossen oder abgelehnt? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

VVG = Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag. UVG = Bundesgesetz über die Unfallversicherung. IV = Invalidenversicherung. MV = Militärversicherung.

**Tabelle für ergänzende Angaben bezüglich Fragen 2 bis 9**

Ziffer	Krankheit/Unfall (Diagnose, gesundheitliche Folgen)									
Behandlungsbeginn (Monat/Jahr)	Datum der letzten Behandlung (Monat/Jahr)		Ist das Leiden wiederholt aufgetreten?	Hat eine Operation stattgefunden?	Geheilt?					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnde/r Ärztin/Arzt, Spital, vollständige Adresse										
Ziffer	Krankheit/Unfall (Diagnose, gesundheitliche Folgen)									
Behandlungsbeginn (Monat/Jahr)	Datum der letzten Behandlung (Monat/Jahr)		Ist das Leiden wiederholt aufgetreten?	Hat eine Operation stattgefunden?	Geheilt?					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnde/r Ärztin/Arzt, Spital, vollständige Adresse										
Ziffer	Krankheit/Unfall (Diagnose, gesundheitliche Folgen)									
Behandlungsbeginn (Monat/Jahr)	Datum der letzten Behandlung (Monat/Jahr)		Ist das Leiden wiederholt aufgetreten?	Hat eine Operation stattgefunden?	Geheilt?					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Behandelnde/r Ärztin/Arzt, Spital, vollständige Adresse										

**Erklärung/Unterschrift des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person**

Ich beantrage den Abschluss der in diesem Antrag aufgeführten Zusatzversicherungen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass die Antragsfragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind. Ich nehme davon Kenntnis, dass die Sanitas im Falle von unrichtigen oder verschwiegenen Angaben innert vier Wochen, nachdem sie davon erfahren hat, den Vertrag kündigen kann (Art. 6 VVG). Für alle diesen Antrag betreffenden Fragen entbinde ich Ärzte, Zahnärzte, Heilanstalten und übrige Medizinalpersonen gegenüber der Sanitas von ihrer Schweigepflicht. Für die Prüfung des vorliegenden Antrages dürfen Daten aus bestehenden Versicherungsverträgen nach KVG und VVG verwendet werden.

Ich erteile der Sanitas die Ermächtigung zur Bearbeitung der notwendigen Daten oder die Datenbearbeitung an Dritte zu übertragen. Diese Einwilligung gilt auch während der Vertragsdauer.

Ich bestätige, ein Exemplar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Zusatzbedingungen erhalten zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (Prämienzahler)

Unterschrift der zu versichernden Person  
 Minderjährige: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters;  
 Bevormundete: Unterschrift des Vormundes oder der Vormundschaftsbehörde

Name und Adresse des Vormundes

**Haben Sie alle Fragen vollständig beantwortet?  
 Bitte senden Sie uns den Antrag zusammen mit allfälligen Kopien (z.B. Aufenthaltsbewilligung, Verfügung usw.) zurück.**

Die Sanitas umfasst die Sanitas Grundversicherungen AG für die Grundversicherungen nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die Sanitas Privatversicherungen AG für die Zusatzversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).