

**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 Strasse, Nr.  
 Name/Vorname: PLZ, Ort Land  
 Telefon P Geburtsdatum Nationalität  
 Telefon G Zivilstand  m  w  
 Mobile E-Mail

**Produkteangebot** Kollektivvertrags-Nr. **Rabatte** **Prämie**

				MJ	Familie	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"/> mit Spitalliste SMILE <input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL ALBERGO – ganze CH	<input type="checkbox"/> DUO – Zweibettzimmer <input type="checkbox"/> SOLO – Einbettzimmer <input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL FLEX – Flexible Zimmer- und Arztwahl	<input type="checkbox"/> Variante 1 <input type="checkbox"/> Variante 2 <input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*	
Kapital- und Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> PREVEA – Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität	Tod CHF	Invalidität CHF	–	–	
	<input type="checkbox"/> infolge Krankheit (PREVEA Krankheit)					
	<input type="checkbox"/> infolge Unfall (PREVEA Unfall)	Tod CHF	Invalidität CHF	–	–	
	<input type="checkbox"/> sansan-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"/> DENTApus <sup>1</sup> – Zahnpflegeversicherung	Variante		–	–	

Andere Produkte

<b>Total Monatsprämie brutto</b>	CHF
– Familienrabatt* (5 % / 10 % auf bestimmten VVG)	%
– Kollektivrabatt gemäss Vertrags-Nr.	
– Mehrjahresrabatt* (1 % / 2 % auf bestimmte VVG)	%
<b>Total Monatsprämie netto</b>	CHF

## Versicherungsantrag

### Fragen zum bisherigen Krankenversicherer

Sind oder waren Sie jemals bei sansan 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  Nein

### Fragen für Prämienzahler (Vertragsvorstand)

Gewünschte Zahlung für Prämie:

- Debit Direct Post (DD)  
 Lastschriftverfahren Bank (LSV)

### Kontoverbindung für Prämien und Leistungsrückerstattungen

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

### Angaben für Grenzgänger (BILAS)

Adresse Arbeitgeber

### Newsletter

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

Name Krankenversicherer

Ort (Filiale)

Versicherungs-Nr.

Austritt per

Zuzug aus dem Ausland (Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen)

Ja

Von

bis

Ja, seit wann

Wofür

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

## 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?  Ja  Nein
- b) Wurde Ihnen eine Untersuchung/med. Abklärung empfohlen, jedoch noch nicht durchgeführt?  Ja  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?  Ja  Nein
  - b) des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems?  Ja  Nein
  - c) des Nervensystems oder der Psyche?  Ja  Nein
  - d) der Verdauungsorgane?  Ja  Nein
  - e) der Harn- oder Geschlechtsorgane?  Ja  Nein
  - f) der Haut oder Allergien?  Ja  Nein
  - g) der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?  Ja  Nein
  - h) des Stoffwechsels oder der Drüsen?  Ja  Nein
  - i) des Blutes oder Infektionskrankheiten?  Ja  Nein
  - j) der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?  Ja  Nein
  - k) Tumorleiden?  Ja  Nein
  - l) an einer anderen oben nicht genannten Erkrankung, Gebrechen oder Missbildung?  Ja  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?  Ja  Nein

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

Art der Invalidität/des Geburtsgebrechens

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

8 Nehmen/nahmen Sie Drogen?  Ja  Nein

Ja, welche?

Wie oft? von bis

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 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

Name, Vorname

Strasse, Nr.

Die gesetzlichen Erben (gemäss VB)

PLZ, Ort

Andere (bitte nebenstehend angeben)

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 versicherung, 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