

Antrag für den International Health Plan

Dieses Formular ist durch die antragstellende Person, beziehungsweise deren gesetzliche Vertretung auszufüllen. Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular umgehend unterzeichnet an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden.
Bei Fragen hilft die Abteilung IHP +41 58 277 16 87 gerne weiter. Vielen Dank.



Eingang: Visum/Datum	Agentur/Nummer	Anschlussvertrag/Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 Personalien

1.1 Zu versichernde Person

Personennummer	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Zivilstand
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalität	Sprache <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> italienisch	Zur Zeit ausgeübte Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Auslandadresse (sofern bereits bekannt)

Strasse, Hausnummer	Zusatzadresse	Postfach
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Ausland-Wohnsitzland (Abmeldebestätigung der Einwohnerkontrolle beilegen)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ausland-Telefonnummern (sofern bereits bekannt)		
Privat <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	Geschäft <input type="text"/>
E-Mail		
Geschäft <input type="text"/>	Privat <input type="text"/>	

1.2 Korrespondenzadresse (wenn nicht identisch mit «1.1 Zu versichernde Person»)

Vorname	Name		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Strasse, Hausnummer	Zusatzadresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	Land		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Personennummer	Telefonnummern		
<input type="text"/>	Privat <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	Geschäft <input type="text"/>

2 Zahlungsverkehr

2.1 Prämienzahler

Versicherte Person

Anderer Prämienzahler

Personennummer

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Per Debit Direct der Schweizer Post (monatlich)

Per Lastschriftverfahren der Schweizer Banken LSV (monatlich), LSV-Ermächtigung ausfüllen

Kontonummer

Kontonummer

IBAN-Nr.

Name/Adresse der Bank

Kontoinhaber

Rechnung per Einzahlungsschein (ESR)

Prämienfälligkeit monatlich 2 monatlich 3 monatlich halbjährlich (Skonto) jährlich (Skonto)

2.2 Leistungsempfänger

Versicherte Person

Anderer Leistungsempfänger

Personennummer

Vorname

Name

Strasse, Hausnummer

PLZ/Ort

Gutschrift auf das Schweizer Postkonto

Gutschrift auf das Schweizer Bankkonto

Kontonummer

Kontonummer

IBAN-Nr.

Name/Adresse der Bank

Kontoinhaber

3 Beginn / Franchise / Prämie

Vertragsdauer nach VVG

von bis 31.12.

Franchisevariante ambulant CHF 300/stationär CHF 1000 ambulant CHF 900/stationär CHF 3000

Prämie in CHF

Monatsprämie (Krankheit und Unfall)

4 Gesundheitsfragen für die zu versichernde Person

- 4.1 Bestehen bei Ihnen zurzeit gesundheitliche Probleme, Krankheiten, psychische Störungen, Gebrechen, Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls (inkl. Zahnschäden) auch wenn diese nicht ärztlich diagnostiziert wurden oder haben Sie noch eingesetzte Implantate/körperfremde Materialien? ja (bitte nähere Bezeichnung unter Punkt 4.16) nein
- 4.2 Sind Sie wegen einer oder mehrerer vorerwähnten Erkrankungen zurzeit in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung oder einer Therapie? ja (bitte nähere Bezeichnung unter Punkt 4.16) nein
- 4.3 Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Naturheilarzt, Therapeuten, in einer Klinik, in einer Kur, krank oder verunfallt? ja (bitte nähere Bezeichnung unter Punkt 4.16) nein
- 4.4 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren insbesondere eine der folgenden Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Wenn ja, welche? Bitte nähere Bezeichnung unter Punkt 4.16.
- a) Der Augen oder Ohren, wie Verlust oder starke Beeinträchtigung des Seh- oder Hörvermögens? ja nein
- b) Der Atmungsorgane, wie Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose oder andere? ja nein
- c) Des Herzens, wie Durchblutungsstörungen (Angina pectoris, Herzinfarkt), Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen oder andere? ja nein
- d) Der Blutgefäße, wie erhöhter Blutdruck, Krampfadern, Venenentzündungen, Beingeschwüre, Arterienverengungen oder andere? ja nein
- e) Der Psyche, wie Schizophrenie, Depressionen, Neurosen, vegetative Störungen, Ess- und Schlafstörungen oder andere? ja nein
- f) Des Nervensystems, wie Multiplesklerose (MS), Epilepsie, Lähmungen, Migräne, Schlaganfall oder andere? ja nein
- g) Der Verdauungsorgane, wie Magen- oder Darmgeschwüre, Blutungen, Hämorrhoiden, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere? ja nein
- h) Der Harn- oder Geschlechtsorgane wie Steinleiden, Inkontinenz, Prostataleiden oder andere? ja nein
- i) Des Stoffwechsels oder des Blutes, wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Drüsen- oder Hormonstörungen oder andere? ja nein
- k) Der Haut, wie Ekzem, Allergien, Psoriasis, Hautkrebs oder andere? ja nein
- l) Des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen), wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrosen, Rheuma, Ischias oder andere? ja nein
- m) Tumore oder Geschwulstkrankheiten, wie bösartige Tumore (Krebs)? ja nein
- n) Krankheiten des Blutes und des lymphatischen Systems, wie Hämophilie (Bluterkrankheit) oder Leukämie? ja nein
- 4.5 Steht eine Behandlung (inkl. Zahnbehandlung), Therapie (auch wenn diese rein präventiver Art ist), Operation, Kur bevor oder wurde sie Ihnen empfohlen? ja (bitte nähere Bezeichnung unter Punkt 4.16) nein
- 4.6 Nehmen Sie Kopfweh-, Schmerz- oder Schlafmittel oder andere Medikamente (auch homöopathische oder pflanzliche Präparate) ein? ja (bitte nähere Bezeichnung unter Punkt 4.16) nein
- 4.7 Nehmen/nahmen Sie jemals Drogen/Suchtmittel ein?
- Wann haben Sie damit aufgehört?
- Trinken/tranken Sie regelmässig Alkohol (mehr als 0,5 l Wein oder 1 l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich)? ja nein
- Haben Sie das Trinken eingestellt? Wenn ja, wann?

Rauchen/rauchten Sie mehr als 20 Zigaretten, 6 Zigarren oder 4 Pfeifen pro Tag?

ja nein

Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? Wenn ja, wann?

4.8 Ist bei Ihnen ein HIV-Test positiv ausgefallen?

ja nein keinen Test gemacht

4.9 Beziehen Sie gegenwärtig IV-, UVG- oder MV-Leistungen?

ja nein

Oder eine Rente?

ja nein

Wenn ja, bitte eine Kopie der Verfügung (z.B. Geburtsgebrechen) oder Rentenbescheinigung beilegen.

4.10 Körpergrösse

cm

Körpergewicht

kg

4.11 Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin

4.12 Besteht bei Ihnen zurzeit eine Arbeitsunfähigkeit?

ja nein

Wenn ja, weshalb?

4.13 Bestand während der letzten 5 Jahre eine ganze oder teilweise Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit die länger als 4 Wochen dauerte?

ja nein

Wenn ja, weshalb?

Dauer?

von bis

4.14 Wurden bereits Versicherungsanträge abgelehnt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen (z.B. Deckungsausschluss)?

ja nein

Wenn ja, wann, weshalb und bei welchem Versicherer?

4.15 Name und Adresse Ihres aktuellen Hausarztes (in der Schweiz oder im Ausland)

4.16 Bezieht sich auf Frage Nr. Grund/Diagnose (Lokalisierung) Behandlung Behandlung erfolgte durch Abgeschlossen

Frage Nr.	Grund/Diagnose (Lokalisierung)	Behandlung	Behandlung erfolgte durch	Abgeschlossen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wichtige Bestimmungen VVG

Die antragstellende Person bestätigt, dass unveränderte Versicherungen in der bisherigen Form bestehen bleiben.

Die antragstellende Person wünscht, mit der CSS Versicherung AG (nachfolgend CSS genannt) einen Vertrag in der beantragten Form abzuschliessen.

Sie bestätigt die Richtigkeit ihrer Angaben in diesem Antragsformular, auch wenn die Antworten von der Verkaufsberaterin/vom Verkaufsberater, vom Vermittler oder durch Dritte geschrieben wurden. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung ist die CSS gemäss den Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

Die CSS bearbeitet die Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben und verwendet diese insbesondere für die Risikoabklärung, für die Schadenbearbeitung, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt.

Die antragstellende Person bestätigt, die allgemeinen Versicherungsbedingungen erhalten und in vollem Umfang anerkannt zu haben. Die antragstellende Person erklärt sich für 14 Tage (bei ärztlichen Untersuchungen für 4 Wochen) an den Antrag gebunden und verpflichtet sich zur Bezahlung der Prämien bis zum Ablauf der Versicherung.

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Antrages akzeptiert die antragstellende Person je CSS-Zusatzversicherung einen separaten Vertrag.

Bei Versicherungsänderungen gelten bestehende «Besondere Bedingungen» (wie Leistungsausschlüsse etc.) im gleichen Umfange auch im geänderten Produkt weiter.

Die antragstellende Person verpflichtet sich, ein Ausscheiden aus dem Versichertenkreis eines Kollektivvertrages der CSS umgehend zu melden. Sie ermächtigt die CSS zur Überprüfung der Zugehörigkeit zum Versichertenkreis eines Kollektivvertrages.

Die antragstellende Person ermächtigt die CSS, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden, aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes, Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes und der Schadenerledigung notwendig sind. In diesen Fällen befreit sie die angefragten Stellen gegenüber der CSS von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages.

Die antragstellende Person hat das Recht, bei der CSS oder durch sie mandatierte Dritte über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Die antragstellende Person bestätigt, über die Voraussetzungen von Bestand, Änderung und Verlust der im vorliegenden Antrag aufgeführten und sie betreffenden Rabatte und Boni informiert worden zu sein. Sie hat insbesondere Kenntnis davon, dass der Verlust oder die Änderung dieser Rabatte und Boni kein Kündigungsgrund darstellt.

Bei stillschweigender Verlängerung des Versicherungsvertrages um ein Jahr nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer entfällt ein allfälliger Vertragsdauerbonus, sofern nicht erneut ein Versicherungsvertrag, der zu einem Vertragsdauerbonus berechtigt, abgeschlossen wurde.

Die antragstellende Person bestätigt, dass ihr die Informationen gemäss Art. 3 VVG und Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) mittels Übersichtsblatt übergeben und zur Kenntnis gebracht wurden.

Dieser Antrag gilt vorbehaltlich Angebots- und Prämienänderungen sowie der Genehmigung durch die Geschäftsleitung der CSS und das Bundesamt für Privatversicherungen.

Der Abschluss des Vertrages bedarf der Zustimmung der Geschäftsleitung der CSS.

Unterschrift für die Zusatzversicherungen (VVG)

Ort

Datum

Die antragstellende Person oder deren gesetzliche Vertretung

Durch die CSS auszufüllen

Personennummer VerkaufsberaterIn

Abschluss erfolgt durch

Agentur/Nummer

Datum

Unterschrift Mitarbeiter

CSS Versicherung
Underwriting Spezialversicherungen
International Health Plan
Tribtschenstrasse 21
Postfach 2568
CH-6002 Luzern

