

<b>Mitglied-Nr.:</b>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Neuaufnahme <input type="checkbox"/> Änderung <input type="checkbox"/> Vorgeburtliche Anmeldung

## Versicherungsantrag nach VVG

Angaben zur Person	
Name	Vorname
Zivilstand	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Tel.-Nr. Geschäft
Tel.-Nr. Privat	E-Mail
Tätigkeit/Beruf	Nationalität*
* Für Ausländer benötigen wir eine Kopie der Aufenthaltsbewilligung	

Wohnadresse	
Strasse	Nr.
c/o	
PLZ	Wohnort

Adresse für Korrespondenzen und Rechnungen	
Name	Vorname
Strasse	Nr.
c/o	
PLZ	Wohnort

Prämienzahlung				
<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> zweimonatlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
<input type="checkbox"/> LSV* (Bank)	<input type="checkbox"/> Débit direct (Post)	* separates Formular ausfüllen		

Zahlungsadresse für Rückerstattung (pro Familie kann nur eine Zahlungsadresse angegeben werden)	
Bank-, Postcheck-IBAN-Nr.	CH <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"/> <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"/>
lautend auf Name, Vorname	
PLZ	Wohnort

## Freiwillige Ergänzungsversicherungen:

**Versicherungsabteilungen**  
(Gewünschtes bitte ankreuzen)

Altersgruppe

Prämien  
pro Monat

Die Versicherung  
wird gewünscht ab

### Krankenpflege-Ergänzungsversicherung (gemäss VVG)

(bis 60. Altersjahr möglich; vom 7. bis 18. Altersjahr Zahnarztbericht zwingend)

MAXICA I

CHF

MAXICA II

CHF

MAXICA III

CHF

### Spitalkosten-Zusatzversicherung (gemäss VVG)

(bis 60. Altersjahr möglich)

#### HOPITAL I Allgemeine Abteilung

nur öffentliche Spitäler

CHF

öffentliche und private Spitäler (HOPITAL I plus)

CHF

#### HOPITAL II Halbprivate Abteilung

unbegrenzt

nach Eintrittsalter

CHF

unbegrenzt

nach effektivem Alter

CHF

begrenzt CHF 25'000.– (Art. 3f)

nach Eintrittsalter

CHF

unbegrenzt mit 10% Selbstbehalt (Art. 3e)

nach Eintrittsalter

CHF

#### HOPITAL III Private Abteilung

unbegrenzt

nach Eintrittsalter

CHF

unbegrenzt

nach effektivem Alter

CHF

begrenzt CHF 50'000.– (Art. 3f)

nach Eintrittsalter

CHF

unbegrenzt mit 10% Selbstbehalt (Art. 3e)

nach Eintrittsalter

CHF

### Spitalkosten-Zusatzversicherung (gemäss VVG)

(bis 50. Altersjahr möglich)

#### HOPITAL Flex

unbegrenzt

nach effektivem Alter

CHF

### CASH Erwerbsausfall-Versicherung

(bis AHV-Alter möglich)

nach KVG CHF nach Tagen

CHF

(max. CHF 20.– pro Tag)

nach VVG CHF nach Tagen

CHF

### CASH-IV Invaliditäts-Erwerbsausfall-Versicherung (gemäss VVG)

(bis 45. Altersjahr und nur zusammen mit CASH möglich)

CHF 30.–/CHF 2'000.–

CHF

CHF 50.–/CHF 2'000.–

CHF

CHF 70.–/CHF 2'000.–

CHF

### RISK Todesfall- und Invaliditätskapital-Versicherung (gemäss VVG)

(bis AHV-Alter möglich)

RISK

Todesfall CHF

Invalidität CHF

CHF

**Total Monatsprämie**

CHF

## Angaben zum Gesundheitszustand für freiwillige Ergänzungsversicherungen

- 1 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Kranken-/Unfall-/Lebensversicherer abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen?  JA  NEIN  
 Wenn ja, von welchem? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ Grund? \_\_\_\_\_
- 2 Für weibliche Personen: Besteht eine Schwangerschaft?  JA  NEIN
- 3 Sind Sie gegenwärtig in Behandlung?  JA  NEIN  
 Wenn ja, Diagnose: \_\_\_\_\_ Arzt/Spital: \_\_\_\_\_  
 Ist die Behandlung abgeschlossen?  JA  NEIN
- 4 Steht eine Behandlung bevor? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  JA  NEIN  
 Wenn ja, Diagnose: \_\_\_\_\_ Arzt/Spital: \_\_\_\_\_
- 5 Datum der letzten Behandlung, Untersuchung oder Kontrolle: \_\_\_\_\_  
 Diagnose: \_\_\_\_\_ Arzt/Spital: \_\_\_\_\_
- 6 Wurde eine kosmetische Behandlung vorgenommen?  JA  NEIN
- 7 Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/zahnärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Untersuchung/Kontrolle aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt wie zum Beispiel:
- a) der **Atemwege/-organe** wie Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Tumor, Heuschnupfen, ...?  JA  NEIN
- b) des **Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems** wie erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Angina pectoris, Krampfadern, Venenentzündungen, ...?  JA  NEIN
- c) des **Nervensystems oder der Psyche** wie Depressionen, Neurosen, Ess- und Schlafstörungen, Epilepsie, Lähmungen, Migräne, Schlaganfall, ...?  JA  NEIN
- d) der **Verdauungsorgane** wie Magen- oder Darmgeschwüre, Blutungen, Hämorrhoiden, der Leber, ...?  JA  NEIN
- e) der **Harn- oder Geschlechtsorgane** wie Nierenkrankheit, Blasenkrankheit, Prostata, Inkontinenz, ...?  JA  NEIN
- f) **Allergien oder der Haut** wie Ekzem, Psoriasis, Hautkrebs, ...?  JA  NEIN
- g) des **Bewegungsapparates** wie Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Rücken, Arthrose, Rheumatismus, Wirbelsäule, ...?  JA  NEIN
- h) des **Stoffwechsels, des Blutes, Drüsen- oder Infektionskrankheiten** wie Diabetes, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Hormonstörungen, Leukämie, ...?  JA  NEIN
- i) der **Sinnesorgane** wie Augen, Ohren, Nase?  JA  NEIN
- j) **Tumorleiden?**  JA  NEIN
- k) **Andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden**, die oben nicht gefragt wurden?  JA  NEIN

**Falls Sie unter 3, 4, 5, 6 oder 7 eine oder mehrere der Fragen mit «ja» beantwortet haben, bitte hier näher beschreiben:**

Art der Krankheit/Störung (Diagnose), der Beschwerden oder Ergebnis/Grund der Behandlung/Kontrolle	Datum der letzten Behandlung	Name, Adresse behandelnder Arzt, Zahnarzt, Therapeut, Spital	folgenlos geheilt

- 8 Haben Sie während längerer Zeit regelmässig Medikamente, Tabak, Alkohol oder Drogen eingenommen oder nehmen Sie solche noch ein?  JA  NEIN  
 Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_ Wie viel? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**9 Fragen zu beantworten für Kinder und Jugendliche von 6 bis 20 Jahren sowie Interessenten an der Zusatzversicherung MAXICA:**

- a Wann haben Sie das letzte Mal den Zahnarzt aufgesucht? \_\_\_\_\_ Monat/Jahr: \_\_\_\_\_
- b Besteht eine Fehlstellung der Zähne?  JA  NEIN
- c Besteht eine Fehlstellung des Kiefers?  JA  NEIN
- d Ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen?  JA  NEIN
- e Sind im Zusammenhang mit den Behandlungen weitere Zahnarztbesuche notwendig?  JA  NEIN  
 Welche: \_\_\_\_\_  
 Name/Adresse des Arztes/Spitals: \_\_\_\_\_

10 Zusätzliche Angaben zum Antrag für den Abschluss einer Erwerbsausfall-Versicherung CASH oder CASH-IV				
a	Wie viel und wie lange erhalten Sie Lohn bei Krankheit?	% Lohn für	Monate, danach	% Monate
b	Wie viel und wie lange erhalten Sie Lohn bei Unfall?	% Lohn für	Monate, danach	% Monate
c	Sind Sie?	<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> arbeitslos
d	Beziehen Sie eine Rente infolge Erwerbsausfall?	<input type="checkbox"/> JA	Von wem?	<input type="checkbox"/> NEIN
e	Besteht noch eine andere Taggeldversicherung?	<input type="checkbox"/> JA	Name des Versicherers:	<input type="checkbox"/> NEIN
	Leistungen pro Tag?	CHF	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
f	Waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeits- oder erwerbsunfähig?	<input type="checkbox"/> JA	Diagnose:	<input type="checkbox"/> NEIN
			% arbeitsunfähig	
			Wann:	Dauer:
	Name/Adresse des Arztes/Spitals:			

11	Ist eine IV-Anmeldung erfolgt?	<input type="checkbox"/> JA	Seit wann?	<input type="checkbox"/> NEIN
12	Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen? (Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei) Art der Invalidität/des Gebrechens:	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
13	Wurde ein HIV-Test mit dem Resultat «HIV-positiv» durchgeführt?	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
14	Wurde ein Hepatitistest (Hepatitis B, C) mit Resultat «positiv» durchgeführt?	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN
15	Körpergrösse in cm:		Körpergewicht in kg:	
16	Name und Adresse des Hausarztes:			

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

Der Antragsteller erklärt, die Statuten, Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die Zusatzbedingungen der beantragten Versicherungen erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben. Er ermächtigt GALENOS, jederzeit bei Ärzten, anderen Leistungserbringern und Versicherungsträgern Auskunft einzuholen, sowie diese Stellen zur Auskunftserteilung. Unvollständige und unwahre Angaben bewirken Leistungsverweigerung, Vorbehalt, Rückforderung oder Ausschluss aus der GALENOS. Die GALENOS ist ihrerseits zur strikten Geheimhaltung verpflichtet.

Ort und Datum:

Unterschrift des Gesuchstellers  
bzw. des gesetzlichen Vertreters:

**GALENOS** seit 1908

Militärstrasse 36, Postfach, CH-8021 Zürich

Telefon 044 245 88 88, info@galenos.ch, www.galenos.ch