

Versicherungsangebot Gültig bis

Name, Vorname Berater

Berater-Nr.

- Neukunde
 Vorgeburtliche Anmeldung

- Bestehender Kunde
 BILAS (Bilaterale Verträge CH/EU)

Versicherungs-Nr.

Gewünschter Versicherungsbeginn

KVG

VVG

Dauer 1 3 5 Jahre

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	<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"/> HOSPITAL ALBERGO – ganze CH	<input type="checkbox"/> mit Spitalliste SMILE	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*		
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL FLEX – Flexible Zimmer- und Arztwahl	<input type="checkbox"/> DUO – Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> SOLO – Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		*	*	
Kapital- und Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> PREVEA – Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität							
	<input type="checkbox"/> infolge Krankheit (PREVEA Krankheit)	Tod CHF	Invalidität CHF		–	–		
	<input type="checkbox"/> infolge Unfall (PREVEA Unfall)	Tod CHF	Invalidität CHF		–	–		
	<input type="checkbox"/> Helsana-advocare PLUS – 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 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 Helsana 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 Formulars 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