

1. Personalien

Name: _____ Staatszugehörigkeit: _____
 (Verheiratete bitte beide Familiennamen angeben)
 Für Kurzaufenthalter/-innen: Einreisedatum: _____
 Ausreisedatum: _____
 Vornamen: _____
 Strasse/Nr.: _____ Für Grenzgänger/-innen:
 • Grenzgängerbewilligung seit: _____
 • Arbeitgeber/-in: _____
 PLZ/Wohnort: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel. P: _____ G: _____ Kanton: _____
 E-Mail: _____
 Geb.-Dat.: _____ männl. weibl.

Fam.-Hauptpolice/Versicherungsnehmer/-in (Name, Vorname, Geb.-Datum): _____

Wird von Vivao Sympany ausgefüllt:
 Versicherten-Nr.: _____
 Nr. Versicherungsnehmer/-in: _____
 Eingang: _____
 Sektion: _____
 Kollektivversicherung: _____
 Koll.-Nr.: _____

2. Versicherungsbeginn

Der Beitritt zu Vivao Sympany erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Kasse oder Versicherung. **Bitte warten Sie mit der Kündigung**, bis Ihnen Vivao Sympany den Versicherungsabschluss ohne Ausschluss von Versicherungsleistungen bestätigt und den nächstmöglichen Eintrittstermin mitteilt.

Ich wünsche den Beginn / die Änderung per _____.

3. Zahlungsverkehr (über Bank oder Post in der Schweiz)

Konto-Nr.: _____ Post Bank, Name: _____ Filiale: _____
 Konto-Inhaber/-in (Name, Vorname, PLZ, Wohnort): _____
 Zahlungsart: monatlich Prämienzahlung über Lastschriftenverfahren

4. Heilungskosten-Pakete

vivao mondial					Variante (1-5):
standard	halbprivat	flex	privat	global	Jahres-Franchise vivao basis CHF
kombi allgemein VVG	kombi halbprivat- VVG	kombi flex VVG	kombi privat VVG	kombi global VVG	Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
allgemeiner zusatz VVG	privat- zusatz VVG	privat- zusatz VVG	privat- zusatz VVG	privat- zusatz VVG	Leistungsfreiheits-Rabatt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
basis VVG	basis VVG	basis VVG	basis VVGv	basis VVG	Familien-Rabatt (Versicherungsdauer 3 Jahre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1	2	3	4	5	Bemerkungen: _____

Monatsprämie

AG	CHF

5. Ergänzungs-Programm

Ich wünsche folgende individuelle Zusatzdeckung (falls offerierte Variante nicht gewünscht, bitte durchstreichen)

vivao compensa (Taggeld VVG) Leistungsdauer 365 Tage 730 Tage
 Versicherungssumme pro Tag CHF _____ Wartefrist: _____ Krankheit Unfall
 Versicherungssumme pro Tag CHF _____ Wartefrist: _____ Krankheit Unfall

vivao risikokapital unfall bei Tod und Invalidität durch Unfall (UTI)
 Versicherungssumme bei Tod CHF _____ / bei Invalidität max. CHF _____ (350%)

vivao dental Zahnbehandlungskosten-Versicherung (separates Formular)

vivao protect Patientenrechtsschutz-Versicherung

Var./AG	

Total Monatsprämie

6. Andere Versicherungen

a) Sind Sie bisher bei einer anderen Gesellschaft ganz/teilweise für die gleichen Risiken versichert? ja nein
 Vorversicherer: Gesetzlich versichert bei: _____
 Privat versichert bei: _____

b) Besteht eine Zusatzversicherung, wenn ja bei welcher Gesellschaft? ja nein

c) Waren Sie früher bei Vivao Sympany, ÖKK Basel versichert? Bis wann? ja nein

d) Sind Sie anderweitig unfallversichert? ja nein
 durch Arbeitgeber am Arbeitsplatz (BU)? in der Freizeit? privat?
 Wenn ja, welche Gesellschaft? _____

e) Beziehen Sie eine Rente (bzw. Leistungen) von IV UVG MV anderer Versicherung? ja nein
 (Wenn ja: bitte Verfügung oder Rentenbescheid beilegen)

f) Ist eine Rente beantragt? Wenn ja: welche? _____ ja nein

Datum/Visum Berater/-in: _____

Datum/Visum SachbearbeiterIn: _____

Original: Vivao Sympany 1 Durchschlan-Berater/Beraterin 7 Durchschlan-Kundin/Kunde

7. Gesundheitsverhältnisse

Bitte jede Frage vollständig beantworten. Striche gelten nicht als Antwort.

Ich erkläre, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Ich nehme zur Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben eine Leistungsverweigerung oder -kürzung, eine Rückforderung, einen nachträglichen Vorbehalt bzw. einen nachträglichen Ausschluss einzelner oder aller beantragten Versicherungsabteilungen (Rücktritt vom Vertrag) zur Folge haben können.

- a) Körpergrösse (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____
- b) Fühlen Sie sich gegenwärtig vollständig gesund? ja nein
Wenn nein: warum nicht? _____
- c) Stehen Sie zurzeit in ärztlicher, zahnärztlicher oder sonstiger therapeutischer Behandlung oder Kontrolle bzw. beabsichtigen Sie eine solche? ja nein
Wenn ja: weshalb? _____
bei wem? (Name und Adresse) _____
- d) Ist ein Spital-/Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation vorgesehen? ja nein
Wenn ja: weshalb? _____ einweisende/r Ärztin/Arzt: _____
- e) Haben Sie in den letzten Jahren wesentliche körperliche oder psychische Krankheiten durchgemacht oder Unfälle erlitten, die zu ärztlicher, zahnärztlicher oder sonstiger therapeutischer Behandlung geführt haben (eventuell mit Spitalaufenthalt, Kur oder Operation)? ja nein
Wenn ja:
- | Wann, Dauer? | Welche? | Behandelt durch? Name, Adresse (Ärztin/Arzt, Spital, Kuranstalt, Therapeut/-in) |
|--------------|---------|---|
| | | |
| | | |
- f) Haben Sie zurzeit oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren sonstige gesundheitliche (körperliche oder psychische) Beschwerden (z.B. häufige Kopfschmerzen, Allergien etc.)? ja nein
Wenn ja: welche und wann? _____
- g) Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechens? ja nein
Wenn ja: welche? _____
- h) Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren medizinische Analysen vorgenommen oder werden Sie sich demnächst einer solchen unterziehen (z.B. EKG, AIDS-Test, Blut-, Urin- oder Röntgenuntersuchungen usw.)? ja nein
Wenn ja: welche? _____ wann? _____
durch wen? _____ Befund: _____
- i) Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig (nur für Erwachsene)? ja nein
Wenn nein: warum nicht? _____ Grad der Arbeitsunfähigkeit _____ %
- k) Besteht oder bestand eine Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder sonstigen Drogen? ja nein
Wenn ja: von welchen? _____
- l) Nur für Frauen
- Wann haben Sie letztmals eine/-n Frauenärztin/-arzt konsultiert? _____ noch nie
Wurde ein krankhafter Befund erhoben? _____ ja nein
Name und Adresse der Ärztin/des Arztes: _____
Besteht eine Schwangerschaft? Voraussichtlicher Geburtstermin: _____ ja nein

Weitere Angaben auf separatem Blatt ja nein

Bemerkungen Vertrauensarzt/-ärztin bzw. Vertrauenszahnarzt/-ärztin (wird von Vivao Sympany ausgefüllt):

MD an Sekr. VServices Datum _____

Wird von Vivao Sympany ausgefüllt:

Überweisung ja nein

Koll.nummer: _____

Aufnahme ohne GD für: _____

Datum Eintritt Vivao Sympany: _____

bestehende Zweige: Basis

AZ PZ KO1

KO2 KO3

KO4 KOF

TA DE

ILZ: _____

IAZ: _____ Total _____

Besteht Vorbehalt nein ja

neu Basis

AZ PZ KO1

KO2 KO3

KO4 KOF LFR ja

TA DE

vivao mondial

Bemerkungen: _____

an VA (Datum): _____

Antrag VA: _____

Visum: _____

Datum: _____

8. Beitrittserklärung

vivao mondial ist eine privatrechtliche Versicherung nach VVG (Versicherungsvertragsgesetz, Schweiz).

Für vivao mondial gelten die Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) von Vivao Sympany. Für die Versicherungsdeckung in der vivao mondial basis gelten zusätzlich die Bestimmungen nach KVG (Krankenversicherungsgesetz der Schweiz). Die vereinbarte Franchise für vivao mondial basis entspricht für Grenzgänger/-innen mit Arbeitsort Schweiz den Wahlfranchisemöglichkeiten des KVG. Bei den übrigen vivao mondial Versicherten gilt eine eingeschränkte Wahl der Franchise.

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die obgenannten Versicherungen bei Vivao Sympany. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie bei Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften die für den Abschluss der gewünschten Versicherungen nach VVG erforderlichen Auskünfte über Gesundheitsverhältnisse eingeholt werden können und entbinde dafür sämtliches medizinisches Personal und medizinisch-therapeutischen Personen gegenüber Vivao Sympany vom Berufsgeheimnis.

Ort und Datum: _____

Unterschrift (VersicherungsnehmerIn, InhaberIn Fam.-Hauptpolice, gesetzliche/r VertreterIn): _____