

Antrag Unfall-Zusatzversicherung (UTI)

Ausgabe vom 1. Januar 2016

Antrag für

☐ Neuabschluss:	☐ Änderungs-Antrag:	Beginn:
Name:		Vorname:
Geburtsdatum:		Beruf/Tätigkeit:
Adresse:		PLZ/Ort:
Telefonnummer:		E-Mail:

Versicherungsleistungen und Prämien (Risikoträger Helvetia)

Die nachstehend aufgeführten Eventualitäten können einzeln oder in beliebiger Kombination miteinander versichert werden. Bitte gewünschte Versicherungsleistungen eintragen bzw. ankreuzen.

Versicherungsleistungen	Kinder 0 – 18 Jahre	Jugendliche 19 – 25 Jahre	Erwachsene 26 – 60 Jahre	Erwachsene ab 61 Jahre	Prämie pro Monat in CHF
Tod	Monatsprämie	Monatsprämie	Monatsprämie	Monatsprämie	Bitte Prämien einsetzen
** 5 000.–	☐ 0.10				
** 10 000.–	☐ 0.20	☐ 0.25	☐ 0.30	☐ 0.40	CHF
50 000.–		☐ 1.25	☐ 1.50	☐ 2.00	CHF
100 000.–		☐ 2.50	☐ 3.00	☐ 4.00	CHF
150 000.–		☐ 3.75	☐ 4.50		CHF
300 000.–		☐ 7.50	☐ 9.00		CHF
Invalidität	Monatsprämie	Monatsprämie	Monatsprämie	Monatsprämie	Bitte Prämien einsetzen
50 000.–	☐ 1.25	☐ 1.75	☐ 2.25	☐ 3.50	
100 000.–	☐ 2.50	☐ 3.50	☐ 4.50	☐ 7.00	CHF
150 000.–	☐ 3.75	☐ 5.25	☐ 6.75		CHF
200 000.–	☐ 5.00	☐ 7.00	☐ 9.00		CHF
300 000.–	☐ 7.50	☐ 10.50	☐ 13.50		CHF
Heilungskosten*	☐ 14.00	☐ 20.00	☐ 25.00	☐ 35.00	CHF

* In Ergänzung zur Krankenkasse oder zum UVG unbegrenzt während 10 Jahren.

** In den ersten 30 Lebens-Monaten darf im Todesfall ein Maximal-Kapital von CHF 2500.– ausbezahlt werden. In den ersten 12 Lebensjahren darf im Todesfall ein Maximal-Kapital von CHF 20 000.– ausbezahlt werden.

Der Wechsel in die nächst höhere Altersgruppe erfolgt jeweils am 1. Januar nach Vollendung des oben aufgeführten Höchstalters.

Beitrittserklärung

1. Ich beantrage für mich bzw. der von mir vertretenen Person die Versicherung gemäss beiliegendem Angebot der SLKK Versicherungen und bestätige, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
2. Ich nehme davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben eine Leistungsverweigerung oder –kürzung ein nachträglicher Ausschluss von Versicherungsleistungen mit Rückforderung bzw. den Rücktritt vom Vertrag durch die SLKK Versicherungen zur Folge haben können.
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Zahnärztinnen/Zahnärzten, Ärztinnen/Ärzte und bei Therapeuten nötigenfalls Auskunft über die Gesundheitsverhältnisse eingeholt werden und entbinde alle davon betroffenen Personen gegenüber der SLKK Versicherungen vom Berufsgeheimnis.
4. Ich bin damit einverstanden, dass bei Krankenkassen, Versicherungsgesellschaften und Ämtern im Zusammenhang mit diesem Antrag zusätzliche Akten zur Prüfung meines Gesundheitszustandes eingeholt werden dürfen.
5. Ich bin damit einverstanden, dass die SLKK Versicherungen die für die Schadenbearbeitung erforderlichen Daten an andere Versicherer übermitteln kann.
6. Die SLKK ist in zwei Genossenschaften aufgegliedert. Die Zusatzversicherungen nach VVG werden durch die Genossenschaft SLKK Versicherungen und die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG wird durch die Genossenschaft Krankenkasse SLKK geführt.
7. Ich bestätige mit meine Unterschrift, die allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB-VVG der Helvetia für das gewählte Produkt vor der Einreichung dieses Antrags erhalten und gelesen zu haben.
8. Dieser Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn dieses Formular persönlich durch die versicherungsnehmende Person oder dessen gesetzliche Vertretung unterschrieben eingereicht wird.
9. Wir weisen Sie darauf hin, dass bei Familienpolicen sämtliche Leistungsabrechnungen vom Familienvorstand eingesehen werden können.

Antragsfragen

1. Ist oder war die zu versichernde Person schon gegen Unfall versichert?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Bei welcher Gesellschaft:

Policennummer:

Art der Versicherung

☐ Versicherung gemäss

☐ UVG Unfalldeckung

☐ Krankenkasse Sonstige

2. Wird oder wurde diese Versicherung aufgehoben oder gekündigt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja per wann:

Grund:

Durch wen?

☐ Versicherungsnehmer

☐ Gesellschaft

**3. Wurde jemals ein Antrag für Lebens-, Unfall-, Kranken- oder Erwerbsausfallversicherungen abgelehnt oder mit Erschwerungen angenommen, oder hat die zu versichernde Person einen solchen mit erschwer-
ten Bedingungen abgelehnt?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja bei welcher Gesellschaft:

Wann:

Begründung:

4. Hat die zu versichernde Person schon Unfälle erlitten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche:

Wann:

Bleibende Folgen:

Erhaltene Unfallentschädigung:

**5. Bestehen bei der zu versichernden Person Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines
Geburtsgebrechens?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche:

**6. Hat die zu versichernde Person jemals Leistungen (Taggeld, Renten, Integritätsentschädigung, medizini-
sche schulische und berufliche Massnahmen) bei der staatlichen Invalidenversicherung oder bei einer
anderen Versicherung beantragt oder bezogen?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja Art der Leistung:

Wann:

Leistungserbringer:

**7. Ist die zu versichernde Person in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Therapeuten (z.B. Physiotherapeuten
oder Psychologen) oder in Spitälern/Kliniken untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden, oder
ist eine Arztkonsultation, Untersuchung, Nach- kontrolle, Operation oder Kur vorgesehen oder muss sich
die zu versichernde Person regelmässigen Kontrollen unterziehen?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja Grund:

Wann:

Behandlungsdauer:

8. Bestehen oder bestanden bei der zu versichernden Person in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Störungen, Beschwerden (z.B. der Atmungsorgane, des Herzens- oder der Blutgefäße, des Nervensystems oder der Psyche, der Leber, Galle oder Verdauungsorgane, der Harn- oder Geschlechtsorgane, des Stoffwechsels oder des Blutes, des Immunsystems oder Infektionskrankheiten, der Haut, Augen oder Ohren, der Knochen, Wirbelsäule oder Gelenke oder dergleichen) oder ist ein AIDS-Test durchgeführt worden, der das Resultat «HIV-Positiv» ergab?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche Art von gesundheitlicher Störung:

9. Fehlen der zu versichernden Person Organe oder andere Körperteile oder sind solche verstümmelt, ganz oder teilweise gebrauchsunfähig?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche:

10. Konsumiert oder konsumierte die zu versichernde Person in den letzten 10 Jahren Genussmittel/Stoffe mit Suchtgefahr (Alkohol, Nikotin, Schlaf- oder Schmerzmittel etc.) Rauschmittel, Schnüffelfstoffe, Drogen oder Sonstiges?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche Art:

Wann:

Dosis/Menge:

11. Ist die Arbeitsfähigkeit der zu versichernden Person zurzeit eingeschränkt, oder war die zu versichernde Person in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen jemals länger als 4 Wochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja Grund:

Wann:

Dauer:

12. Übt die zu versichernde Person eine nebenberufliche Tätigkeit aus?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche:

13. Ist die zu versichernde Person in ihrer Haupt- oder Nebentätigkeit, in der Freizeit oder beim Sport besonderen Gefahren ausgesetzt? (z. B. als Pilot, Fallschirmspringer, Delta- oder Gleitschirmflieger, Taucher, Kampfsportler, Teilnehmer an Auto- oder Motorradwettfahrten, beim Berg-/Klettersport oder dergleichen oder Umgang mit Sprengstoffen, Strahlen)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja welche:

Ort / Datum

Unterschrift (Versicherungsnehmer/in, Familienvorstand, gesetzliche/r Vertreter/in)