

## Ihre persönlichen Angaben (Personalienblatt)

<input type="checkbox"/> Neukunde	Krankenkasse Stoffel Mels, BAG-Nr. 1331
<input type="checkbox"/> Bestehender Kunde	Versicherten-Nr.
<input type="checkbox"/> Vorgeburtliche Anmeldung	

<b>Zu versichernde Person</b>	Amtlicher Vorname, Name *		
	Strasse, Nr.		
	PLZ, Ort		
	Land		
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
	Zivilstand		
	Nationalität		
	Telefon P	Mobile	
	E-Mail		
	* <b>Wichtig:</b> Vorname und Name müssen zwingend mit der Schreibweise auf amtlichen Dokumenten (ID, Pass, Aufenthaltsbewilligung, etc.) übereinstimmen.		

<b>Familienvorstand / Familienoberhaupt des Vertrages</b>	Vorname, Name	
	Strasse, Nr.	
	PLZ, Ort	

<b>Fragen zum gesetzlichen Vertreter</b>	Vorname, Name	
	Strasse, Nr.	
	PLZ, Ort	
	Land	

# Versicherungsangebot VVG Gültig bis

<b>Zu versichernde Person</b> Vorname, Name	Geburtsdatum
Versicherungen ab	Datum

**Prämienangebot für das Jahr 20 \_\_\_\_**

			<b>Rabatte Familie</b>	<b>Prämie CHF</b>
Kranken- pflegezusatz	<input type="checkbox"/> TOP – Standardergänzung zur OKP <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall	*	
	<input type="checkbox"/> SANA – Natürliche Krankenversicherung <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall	*	
	<input type="checkbox"/> COMPLETEA – Umfassende Krankenversicherung <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall	*	
Spitalzusatz	<input type="checkbox"/> HOSPITAL ECO – Allgemeine Abteilung, ganze CH <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall	*	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL PLUS – Halprivate Abteilung, ganze CH <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Bonus (ab Alter 50) JF CHF ____		
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL COMFORT – Private Abteilung, ganze CH <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Mutterschaft allg. Abt. <input type="checkbox"/> ohne Unfall	*	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL FLEX – Flexible Zimmer- und Arztwahl <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Variante 1 <input type="checkbox"/> Variante 2 <input type="checkbox"/> ohne Unfall	*	
	Kapital- und Rechtsschutz	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"/> KKS-advocare PLUS – Rechtsschutzversicherung <sup>2</sup>		vorausgesetzt TOP oder COMPLETEA	–	
	<input type="checkbox"/> DENTApplus <sup>1</sup> – Zahnpflegeversicherung <sup>2</sup>	Variante	–	
	<input type="checkbox"/> Andere Produkte			

<b>Total Monatsprämie brutto</b>		CHF
– Familienrabatt* (5 % / 10 % auf bestimmte VVG Prod.)	%	
<b>Total Monatsprämie netto</b>		CHF

Sind oder waren Sie jemals bei  Nein  Ja  
 KK Stoffel Mels oder der Helsana  
 Zusatzversicherungen AG versichert?  
 Von \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_

Beziehen Sie eine Rente, Taggelder  Nein  Ja, seit wann  
 oder andere Leistungen einer  
 Sozialversicherung (IV, MV, SUVA  
 oder andere Unfallrente)?  
 Wofür \_\_\_\_\_

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 einschlägigen Versicherungsbedingungen (AVB/ZVB/VB) und – sofern die Beratung durch Dritte oder Krankenkasse Stoffel Mels-Mitarbeitende erfolgt ist – das Informationsformular nach VAG des Versicherungsberaters erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort und Datum	Unterschrift zu versichernde Person /gesetzlicher Vertreter
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ort und Datum	Unterschrift Berater	Vorname, Name Berater (in Blockschrift)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

# Gesundheitsdeklaration für Krankenzusatzversicherungen

**Zu versichernde Person**

Geburtsdatum

**Was ist Ihre aktuelle Berufstätigkeit?**

Versicherten-Nr.

Vorname, Name

**Gesundheitsfragen**

Jede der nachfolgenden Fragen muss von der zu versichernden Person/vom gesetzlichen Vertreter persönlich beantwortet werden. Leerlassungen sind nicht zulässig.

**1 Körperbau?** (Genauere Angaben keine «ca.-Werte»)

**2 a)** Sind Sie zurzeit in Behandlung bzw. Kontrolle (Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeut etc.) oder steht eine solche bevor?

**b)** Wurde Ihnen eine Untersuchung/med. Abklärung empfohlen, jedoch noch nicht durchgeführt?

**3** Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/zahn-ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt?

Grösse (cm)	Gewicht (kg)		
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zum Beispiel wegen Krankheit / Störung / Beschwerden:			
a) der Atemwege/-organe?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) des Nervensystems oder der Psyche?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
d) der Verdauungsorgane?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
e) der Harn- oder Geschlechtsorgane?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
f) der Haut oder Allergien?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
g) der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
h) des Stoffwechsels oder der Drüsen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
i) des Blutes oder Infektionskrankheiten?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
j) der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
k) Tumorleiden?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
l) einer anderen oben nicht genannten Erkrankung, Gebrechen oder Missbildung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Falls Sie unter 2a, 2b oder 3 eine oder mehrere der Fragen mit «Ja» beantwortet haben, bitte hier näher beschreiben

Frage?	Art der Krankheit/Störung (Diagnose), der Beschwerden oder Ergebnis/Grund der Behandlung/Kontrolle/Untersuchung?	Datum der letzten Behandlung?	Name und Adresse behandelnder Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeut, Spital?	folgenlos geheilt?
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**4** Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen?  
(Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei)

**5** Besteht eine Fehlstellung der Zähne?  
Besteht eine Fehlstellung des Kiefers?

**6** Sind Sie HIV-infiziert?

**7** Nehmen/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet?  
(Ausgenommen Antibabypille)

**8** Nehmen/nahmen Sie Drogen?

**9** Trinken/tranken Sie regelmässig\* Alkohol?  
\*mehr als 0,5 l Wein oder 1 l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich

Ja  Nein

Art der Invalidität/des Geburtsgebrechens

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja  Nein

Ja, welche?

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Ja, welche?

Wie oft? \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ja  Nein

<b>Zu versichernde Person</b> Vorname, Name		Geburtsdatum
10	Rauchen Sie mehr als 20 Zigaretten, 6 Zigarren oder 4 Pfeifen pro Tag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ja, voraussichtlicher Geburtstermin?	
12	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Kranken-/Unfall-/Lebensversicherer abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ja, warum?	
13	Name und Anschrift des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann?	Name Strasse, Nr. PLZ, Ort
14	<b>Fragen bei Kapitalversicherung PREVEA</b>	Vorname, Name
	Begünstigte im Todesfall	Strasse, Nr. PLZ, Ort
	<input type="checkbox"/> Die gesetzlichen Erben (gemäss VB)	Geburtsdatum
	<input type="checkbox"/> Andere (bitte nebenstehend angeben)	

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

Mit meiner Unterschrift entbinde ich Leistungserbringer, Krankenversicherer, Vertrauensärzte und andere zuständige Stellen von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der KK Stoffel Mels, den Helsana-Gruppengesellschaften sowie weiteren Versicherungsträgern gemäss den von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der beantragten Versicherung erforderlichen Auskünfte (für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung) zu erteilen. Zur Helsana-Gruppe gehören neben der Helsana Zusatzversicherungen AG, u.a. die Helsana Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG, sansan Versicherungen AG, avanex Versicherungen AG, maxi.ch Versicherungen AG, Helsana Unfall AG.

Für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung ermächtige ich die KK Stoffel Mels, die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Mitglieder der Helsana-Gruppe, sowie deren Partnerunternehmen gemäss der von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und / oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und zu diesem Zweck zu bearbeiten.

Diese Personendaten werden nur solange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie eine allfällige Wiedererwägung zu Gunsten eines vorerst abgelehnten Versicherungsinteressenten zwingend erfordern. Anschliessend werden die Personendaten wieder gelöscht.

Ich bestätige, vor Einreichung des Antrages die entsprechenden Versicherungsbedingungen (AVB/ZVB/VB/BVB) für die beantragten Zusatzversicherungen sowie die Kundeninformation nach VVG sowie allfällige Produkteblätter und – sofern die Beratung durch Dritte oder KK Stoffel Mels-Mitarbeitende erfolgt ist – das Informationsformular nach VAG des Versicherungsberaters erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass ich regelmässig per SMS, E-Mail, Briefpost oder per Telefon über weitere Produkte und Angebote der Helsana-Gruppe, die auf meine individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein könnten, informiert und beworben werden kann und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Ferner bin ich auch damit einverstanden, dass ich regelmässig via SMS, E-Mail, Briefpost oder per Telefon über Produkte und Angebote von Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe, die auf der Website von Helsana aufgeführt sind, informiert und beworben werden kann und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Ich habe die auf der Website von Helsana enthaltenen Datenschutzbestimmungen für diesen Zusatznutzen zur Kenntnis genommen. Ferner bin ich auch über die dort aufgeführten Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe orientiert.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einen allfälligen Widerruf meiner Einwilligung für die Bearbeitung von meinen Daten für die oben erwähnten Marketingzwecke schriftlich dem Kundendienst mitteilen muss.

Ort und Datum

Unterschrift zu versichernde Person/gesetzlicher Vertreter

X

[Redacted signature area]

X

[Redacted signature area]