

Antrag Krankenzusatzversicherung

Neuaufnahme

Kunden-Nr. _____

Änderungsantrag

Familien-Nr. _____

Vorgeburtliche Anmeldung

Vertriebspartner Nr.: _____ Vertriebspartner (Organisation): _____

Berater Name: _____ Berater Vorname: _____

FINMA-Registernummer: _____ Cicero-Registernummer: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Adresse: _____

Adresszusatz: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon P: _____ Telefon G: _____

Telefon Mobile: _____ E-Mail: _____

Name/Adresse Arbeitgeber: _____

Nationalität: _____
(bitte Ausweiskopie beilegen)

Für Ausländer: in der Schweiz seit _____
(bitte Kopie Aufenthaltsbewilligung beilegen)

Vorversicherer WVG: _____

Gekündigt ja/nein: _____

Gekündigt per: _____



Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Versicherungsbeginn: _____

Versicherer: *innova* Versicherungen AG

Versicherungsdauer: 1 Jahr 3 Jahre

*sanvita** *activa* Familienrabatt: ja nein _____

Zusatzversicherung Krankenpflege *plus eins* *plus zwei* Fr. _____

Spitalzusatzversicherung *switch* (flexible Deckung) Fr. _____

_____ Abteilung Fr. _____

Lohnausfallversicherung *win* *cash*

_____ Franken ab dem _____ Tag Fr. _____

_____ Franken ab dem _____ Tag Fr. _____

Risikokapitalversicherungen

prima u (Versicherer: SOLIDA) Unfall-Tod _____ Franken

Unfall-Invalidität _____ Franken Fr. _____

prima k (Versicherer: GENERALI) Krankheit-Tod _____ Franken Fr. _____

Unfalleinschluss: ja nein

Krankheit-Invalidität _____ Franken Fr. _____

Unfalleinschluss: ja nein

Zahnbehandlungskosten *denta* Stufe _____ Fr. _____

Patienten-Rechtsschutzversicherung *justizia* (Versicherer: DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG) Fr. _____

Monatsprämie Fr. _____

* Zusatzbedingungen *sanvita*: Bitte beachten Sie die eingeschränkte Leistungspflicht bei Krankheiten, die durch Tabakkonsum verursacht, respektive intensiviert wurden.

Allfällige Rabatte sind in den Prämien eingerechnet. Ich beantrage den Abschluss der aufgeführten Zusatzversicherungen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für anonymisierte statistische Auswertungen und für Marketingzwecke innerhalb von *innova* genutzt werden können. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einen allfälligen Widerruf meiner Einwilligung für die Bearbeitung von meinen Daten für Marketingzwecke schriftlich an *innova* mitteilen muss. Ich bestätige, vor Einreichung dieses Antrages die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Zusatzbedingungen (ZB) für die beantragten Zusatzversicherungen sowie die Kundeninformation nach Artikel 3 VVG und das Datenschutzmerkblatt erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben. Falls der Versicherungsabschluss über einen für *innova* tätigen Vertriebspartner erfolgt, bestätige ich, die Vertriebspartnerinformation gemäss Versicherungsaufsichtsgesetz (Artikel 45 VAG) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers oder
des gesetzlichen Vertreters