

**1. Personalien**

Name: \_\_\_\_\_ Staatszugehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 (Verheiratete: bitte beide Familiennamen angeben) Für Kurzaufenthalter/-innen: Einreisedatum: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Ausreisedatum: \_\_\_\_\_  
 Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Für Grenzgänger/-innen: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Grenzgängerbewilligung seit: \_\_\_\_\_  
 Tel. p: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/-in: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  männl.  weibl. Arbeitskanton: \_\_\_\_\_  
 Fam.-Hauptpolice/Versicherungsnehmer/-in (Name, Vorname, Geb.-Datum): \_\_\_\_\_

Wird von Vivao Sympany ausgefüllt:  
 Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Nr. Versicherungsnehmer/-in: \_\_\_\_\_  
 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 Lastschriftverfahren Clearing-Nr.: \_\_\_\_\_

**4. Heilungskosten-Pakete**

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

**Monatsprämie**

	CHF

**5. Ergänzungsprogramm**

**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 capita unfall bei Tod und Invalidität durch Unfall (UTI)  
 Versicherungssumme bei Tod CHF \_\_\_\_\_ / bei Invalidität max. CHF \_\_\_\_\_ (350%)  
 vivao capita krankheit bei Tod und Invalidität durch Krankheit (KTI) (separates Formular ausfüllen)  
 vivao dental Zahnbehandlungskosten-Versicherung (separates Formular ausfüllen)  
 vivao protect Patientenrechtsschutz-Versicherung

**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 bzw. wurde eine solche beantragt? Wenn ja: bei welcher Gesellschaft?  ja  nein

c) Waren Sie früher bei Vivao Sympany versichert? Bis wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

d) Sind Sie anderweitig **unfallversichert**?  ja  nein  
 durch **Arbeitgeber**  am Arbeitsplatz (BU)?  in der Freizeit?  **privat**?  
 Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

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

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

**Total Monatsprämie**


Datum/Visum Sachbearbeiter/-in: \_\_\_\_\_  
 Datum/Visum \_\_\_\_\_

Original: Vivao Sympany 1. Durchschlag: Beraterin/Berater 2. Durchschlag: Kundin/Kunde

## 7. Gesundheitsverhältnisse Heilungskosten

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 die Kündigung des Vertrages und eine Leistungsverweigerung respektive eine Rückforderung 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?  nein  ja  
Wenn ja: weshalb? \_\_\_\_\_  
Bei wem (Name und Adresse)? \_\_\_\_\_
- d) Ist ein **Spital-/Kuraufenthalt** oder eine **ambulante Operation** vorgesehen?  nein  ja  
Wenn ja: weshalb? \_\_\_\_\_  
Einweisende/-r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_
- e) Haben Sie früher wesentliche körperliche oder psychische Krankheiten durchgemacht oder Unfälle erlitten, die zu **ärztlicher, zahnärztlicher, naturheilpraktischer** oder sonstiger therapeutischer **Behandlung** geführt haben (eventuell mit Spitalaufenthalt, Kur oder Operation)?  nein  ja  
Wenn ja: welche Krankheit/Unfall? \_\_\_\_\_  
Wann? Dauer? \_\_\_\_\_  
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.)?  nein  ja  
Wenn ja: welche und wann? \_\_\_\_\_
- g) Bestehen bei Ihnen **Folgen einer Krankheit, eines Unfalls** oder eines **Geburtsgebrechens**?  nein  ja  
Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_
- h) Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren **medizinische Analysen** vorgenommen oder werden Sie sich demnächst einer solchen Analyse unterziehen (z.B. EKG, Urin-, Blut- oder Röntgenuntersuchungen, Aidstest usw.)?  nein  ja  
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) Konsumieren oder konsumierten Sie regelmässig Nikotin, Alkohol, Drogen oder Ähnliches?  nein  ja  
Wenn ja: was? Wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_
- l) Nehmen oder nahmen Sie regelmässig Medikamente ein (ausgenommen Antibabypille)?  nein  ja  
Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_  
Weshalb? Dosierung? \_\_\_\_\_
- m) Welche/-r Ärztin/Arzt ist am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert?  
Name/Vorname der Ärztin bzw. des Arztes: Adresse/PLZ/Ort (der Praxis) und Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Nur für Frauen** (auszufüllen ab dem 12. Lebensjahr)

- n) Wann haben Sie letztmals eine/-n Frauenärztin/-arzt konsultiert?  noch nie  
Datum der letzten Konsultation: \_\_\_\_\_  
Wurde ein krankhafter Befund erhoben? Befund? \_\_\_\_\_  
Name der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Besteht eine **Schwangerschaft**? Voraussichtlicher Geburtstermin:  ja  nein

## 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 von 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 alle medizinisch-therapeutischen Personen gegenüber Vivao Sympany vom Berufsgeheimnis.

Falls Sie nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort ausserhalb der Schweiz (z.B. Deutschland) haben, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass diese eine eigene Versicherung abschliessen müssen.

Ort und Datum:

Unterschrift (Versicherungsnehmer/-in, Inhaber/-in Fam.-Hauptpolice, gesetzliche/-r Vertreter/-in):