



Antragsdeckblatt - Pflichtangaben

Es erfolgt eine Übertragung in den Antrag

Vermittler

Vorname | Name

150184

Vermittler-Nummer

150184

Kunde

Vorname | Name

Strasse

PLZ | Ort

Geburtsdatum | Beginn

Geschlecht

männlich

weiblich

Nationalität

Berufliche Tätigkeit

Telefon

E-Mail

Deutsche Zusatzversicherungen

Ja

Nein

Gesellschaft 1

Leistungsumfang

Ambulant

Stationär

Zahn

Pflege

Gesellschaft 2

Leistungsumfang

Ambulant

Stationär

Zahn

Pflege

Gesellschaft 3

Leistungsumfang

Ambulant

Stationär

Zahn

Pflege

Betreuungsmandat

Auftragnehmer

Allves GmbH
Schaffhauserstr. 33
4332 Stein/Schweiz

Auftraggeber/Kunde

Vereinbarung zur Vertretung und Betreuung der unten genannten Punkte

Zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer wird nachfolgende Vereinbarung getroffen:

Der Auftraggeber überträgt der Allves GmbH Schweiz GmbH die Betreuung und Verwaltung der Versicherungsverträge von Schweizer Unternehmen. Kontaktaufnahmen können schriftlich (Brief oder E-Mail) oder telefonisch erfolgen. Dies umfasst insbesondere folgende Aufgaben:

- Überprüfung betreffend der eingereichten Anträge und den ausgestellten Policen.
- Kontrolle und Sicherstellung der Richtigkeit von Prämienrechnungen.
- Die Unterstützung des Geschäftsverkehrs und der Betreuung zwischen Auftraggeber und Versicherungsgesellschaften.
- Bei Bedarf das Anfordern und analysieren von Offerten bei verschiedenen Versicherungsgesellschaften
- Die kundengerechte Aufbereitung und Wissensvermittlung über Angebote oder wesentliche Änderungen seitens der Versicherungsgesellschaften

Die Allves Schweiz GmbH ist bevollmächtigt, für den Kunden unterstützende Massnahmen direkt mit den Versicherungsgesellschaften umzusetzen.

Dieses Mandat ist auf unbestimmte Dauer abgeschlossen und kann von beiden Parteien jederzeit auf Ende eines Kalendermonats aufgelöst werden.

Auftraggeber

Stein,

Ort/Datum

Unterschrift

BERATUNGSPROTOKOLL.

Datum der Beratung **Datum** (Tag/Monat/Jahr)

Name der Beratungsperson(en) **Allives GmbH**

VERSICHERUNGSNEHMER/IN

(in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

WEITERE FAMILIENMITGLIEDER

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Ich/Wir wurde/n vor Abschluss des/der Versicherungsantrags/anträge über nachfolgende Punkte ausführlich beraten/informiert und nehme/n diese zur Kenntnis bzw. bin/sind damit vollständig einverstanden (besprochene Punkte bitte markieren):

OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (KVG)

- Bedingungen des/der gewählten Versicherungsmodelle/s (FAVORIT-Modelle)
- Gewählte Franchise und die daraus entstehenden maximalen jährlichen Kosten

ZUSATZVERSICHERUNGEN NACH VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VVG)

- SWICA-Abschlussaltertarif/Lebensaltertarif
- Rechte/Pflichten BENEVITA Bonusprogramm
- Kostenbeteiligung bei den Produkten COMPLETA TOP, COMPLETA FORTE, OPTIMA und HOSPITA (inkl. Variante HOSPITA FLEX)
- Die gesetzlich/vertraglich festgelegte Kostenbeteiligung sowie die Anrechnung der Kostenbeteiligung der Grundversicherung an diejenige der SWICA-Zusatzversicherungen
- Karenzfrist bei Mutterschaft bei den Produkten HOSPITA, HOSPITA PLUS und GLOBAL CARE (360 Tage ab Antragsunterzeichnung)
- Folgen bei vertragswidrigem Verhalten und bei nicht wahrheitsgetreuen Angaben zur Beurteilung des Risikos, zur Person sowie zur Gesundheit (Anzeigepflichtverletzung)
- Ich/Wir verzichte/n ausdrücklich auf Zusatzversicherungen nach VVG bei SWICA.

- Nachträgliche Änderungen des Gesundheitszustands und der in der Gesundheitsdeklaration aufgeführten Tatsachen müssen bis zum Versicherungsabschluss (Zustellung der Aufnahmebestätigung oder Police) nicht nachgemeldet werden, ausser wenn das Produkt «Risikokapitalversicherung bei Tod und Invalidität infolge Krankheit (KTI)» abgeschlossen wird. Nachzumelden sind insbesondere Krankheiten und/oder Unfälle, die nach der Antragstellung eingetreten sind.
- Bei Einschluss des Unfallrisikos in den SWICA-Zusatzversicherungen bzw. bei SWICA-Zusatzversicherungen, die nur das Unfallrisiko decken, sind Unfälle und deren Folgen nur versichert, wenn sich der Unfall erstmalig nach Versicherungsbeginn ereignet.

VERSCHIEDENES

- ✓ Hiermit bestätige/n ich/wir, dass der Beratungstermin, der zum Antrag führt, nicht aufgrund einer telefonischen Kaltakquise zustande gekommen ist.

Hiermit bestätige/n ich/wir, die folgenden Informationen erhalten zu haben:

- ✓ Information gemäss Art. 3 Versicherungsvertragsgesetz (insbesondere zu versicherten Risiken, geschuldeten Prämien und weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin, Umfang der Deckung und Leistung [inkl. Ein-/Ausschluss Unfalldeckung] und darüber, ob es sich um eine Summen- oder Schadenversicherung handelt, Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrags, zum Widerrufsrecht nach Art. 2a VVG [inkl. Form und Frist des Widerrufs], zur Frist für das Einreichen der Schadenanzeige und zur zeitlichen Geltung des Versicherungsschutzes)
- ✓ Die relevanten Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Zusatzbedingungen, zusätzliche Versicherungsbedingungen sowie besondere Bestimmungen
- ✓ Informationen gemäss Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (zusätzlich bei ungebundenen Versicherungsvermittlerinnen/vermittlern: Offenlegung der Entschädigung gemäss Art. 45b des Versicherungsaufsichtsgesetzes)
- ✓ Information, dass keine Interessenkonflikte gemäss Art. 45a des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorliegen, oder Offenlegung derselben, sofern solche vorhanden sind

DATENSCHUTZ

- ✓ Die Datenschutzerklärung wurde ausgehändigt oder der Zugang zur Datenschutzerklärung ist gewährleistet.

Besondere Bemerkungen:

Ich/Wir bestätige/bestätigen hiermit, von der beratenden Person über die in diesem Formular markierten Punkte umfassend informiert worden zu sein und dass ich/wir diese verstanden und vollständig akzeptiert habe/haben.

Stein,

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Unterschrift (Ehe-)Partner/in

Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

Name und Unterschrift Berater/in

365 TAGE IM JAHR RUND UM DIE UHR FÜR SIE DA.

Telefon 0800 80 90 80 / swica.ch



Versicherungsanmeldung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Einzelpolice

Familienpolice

Bitte «Vollmacht zur Antragstellung und Versicherungsadministration im Verbund» beilegen.

1 Angaben zum aktuellen Krankenversicherer

Name Ihres aktuellen Grundversicherers _____

Kündigung durch: SWICA Vermittler/in Kunde/Kundin

2 Antragsteller/in

In welcher Sprache wünschen Sie die Unterlagen? Deutsch Französisch Italienisch Englisch

Name _____

Vorname _____

Versicherten-Nr. SWICA _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht männlich weiblich

Nationalität _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort/Land _____

Korrespondenzadresse/Postfach _____

Telefon (tagsüber erreichbar) _____

E-Mail _____

Aufenthalts-/ B C L G F N S Ci Sans-Papiers

Niederlassungsbewilligung Diplomat oder Person mit Vorrechten nach internationalem Recht (KVV Art. 6)

Status bei Auslandsaufenthalt Entsandte Grenzgänger Rentner (AHV/IV)/arbeitslos Familienangehörige

Hauptwohnsitz Schweiz Ausland

3 Antragsteller/in (Zuzug aus dem Ausland oder Grenzgänger/in)

Datum der Anmeldung _____ Arbeits-/Bewilligungsbeginn _____

Einwohnerkontrolle für Zuzüger/innen* Grenzgänger/innen* Ja Nein

* Der effektive Versicherungsbeginn kann je nach Personengruppe oder Aufenthaltsdauer vom eingetragenen Datum abweichen.

Bitte Kopie der entsprechenden Dokumente beilegen: Aufenthaltsbewilligung, Anmeldung Gemeinde, Grenzgängerbewilligung, Legitimationskarte, Arbeitsvertrag etc.

Beziehen Sie einen Lohn, eine Rente oder sonstige Geldleistungen aus dem Ausland? Ja Nein

Wenn ja, aus welchen Ländern? _____

Wurden Sie bei der Einreise in die Schweiz von der Versicherungspflicht befreit? Ja Nein

Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie der Befreiungsverfügung bei.

4 Angaben zur Arbeitssituation

Beziehen Sie Leistungen von der Arbeitslosenversicherung? (ALV)

Ja Nein

Sind Sie mindestens 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber angestellt?

Ja Nein

5 Zahlungsangaben

5.1 Gewünschte Zahlungsart für Prämien und Kostenbeteiligungen (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Prämienzahlung E-Rechnung/eBill* Lastschriftverfahren/Debit Direct** Einzahlungsschein (ESR)

Prämieninkasso Firma

Rechnungsstellung Prämien monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zahlung der Kostenbeteiligung E-Rechnung/eBill* Lastschriftverfahren/Debit Direct** Einzahlungsschein (ESR)

* Bitte registrieren Sie sich nach Erhalt Ihrer Versicherungspolice bei Ihrer Bank/Post für E-Rechnung/eBill.

** Bitte Lastschriftverfahren-/Debit-Direct-Formular ausgefüllt beilegen.

Bis zur Freigabe der LSV-Belastungsermächtigung durch Ihre Bank stellen wir Ihnen zur Begleichung der Prämien und Kostenbeteiligungen Einzahlungsscheine (ESR) zu.

5.2 Konto für Gutschriften (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Kontoinhaber/in

IBAN (Bank oder Post)

CH _____

6 Persönliche Versicherungslösung (Krankenpflegeversicherung nach KVG)

Grundversicherungsmodell */**

Medbase Gesundheitszentrum/SWICA-Partnerpraxis/

Name Hausarzt/Ort

Versicherungsbeginn
(Tag/Monat/Jahr)

Monatsprämie
in CHF

Franchise in CHF _____

Unfall Ja Nein Region _____

Offertstellung unter Vorbehalt allfälliger Prämienänderungen.

Besondere Bemerkungen:

* Versicherungsträger SWICA Krankenversicherung AG

** Versicherungsträger PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Erklärung zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Geschätzte Kundin, geschätzter Kunde

Herzlichen Dank, dass Sie sich für SWICA entschieden haben. Um Ihren Antrag zu vervollständigen, bitten wir Sie, nachfolgende Bestimmungen zu lesen und wo nötig und gewünscht Ihr Einverständnis durch Ankreuzen zu signalisieren und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Verständniserklärung zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Mit der Einreichung der Aufnahmeerklärung beantragen Sie die Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG. Sie bestätigen damit, dass die Angaben in der Aufnahmeerklärung korrekt und vollständig sind.

Sie haben rechtsverbindlich die AVB und die ZB, die integraler Bestandteil des Versicherungsvertrags sind, akzeptiert sowie die Datenschutzerklärung von SWICA zur Kenntnis genommen. Als Versicherte/r in einer Versicherung mit besonderer Versicherungsform haben Sie zugesagt, alle Behandlungen und Untersuchungen gemäss den jeweiligen Vorgaben durchzuführen.

Datenbearbeitung im Rahmen der Vertragsabwicklung

Im Rahmen der Versicherungsvertragsabwicklung nach KVG bearbeitet SWICA die Daten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

Datenaustausch innerhalb der SWICA-Gruppe im Rahmen der Vertragsabwicklung

Um eine speditive Vertragsabwicklung zu garantieren, wird SWICA die bearbeiteten Daten inklusive allfälliger Gesundheitsdaten im Rahmen der Durchführung des Vertrags innerhalb der Organisationseinheit des zuständigen Versicherungsträgers sowie unter den im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften der SWICA-Gruppe austauschen und verwenden.

Weitere Datenbearbeitungen

Falls Sie damit einverstanden sind, wird die SWICA Versicherungen AG die Daten bearbeiten, um Marketingaktivitäten durchzuführen (unter Marketingaktivitäten versteht SWICA Marktforschung, umfassende Betreuung, Beratung und Information über das Dienstleistungsangebot, Vorbereitung und Erbringung massgeschneiderter Dienstleistungen, z.B. Werbung im Print- und Online-Bereich, Unterbreitung von Höherversicherungsangeboten aufgrund statistischer Werte, Kunden-, Interessenten- oder Kulturanlässe, Sponsoring, Ermittlung der Kundenzufriedenheit, künftiger Kundenbedürfnisse oder des künftigen Kundenverhaltens oder Beurteilung eines Kunden-, Markt- oder Produktpotenzials). Dazu werden die Daten der SWICA Krankenversicherungen AG der SWICA Versicherungen AG bekannt gegeben.

Weitere Informationen zur Datenbearbeitung

Für jegliche weitere Information zur Datenbearbeitung und zu allfälligen Auftragsdatenbearbeitern, zu den Rechtsgrundlagen und den Zwecken der Datenbearbeitung sowie den Rechten, die Sie als betroffene Person in Bezug auf die Datenbearbeitung haben, wird auf die Datenschutzerklärung von SWICA (auch unter www.swica.ch/datenschutz) verwiesen.

Einverständniserklärung

- Ich wurde über alle für das Versicherungsverhältnis relevanten Bestimmungen wie die relevanten AVB und ZB und allfällige besondere Vereinbarungen informiert und erkläre mich damit vollständig einverstanden.
- Ich bin mit der Datenbearbeitung für Marketingaktivitäten einverstanden.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Ort/Datum

Stein,

Unterschrift Antragsteller(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name und Unterschrift Berater(in)

Nummer Vertriebspartner _____

Abgegebene Beilagen:

Leistungsübersicht

AVB/ZB

Informationspflicht (Art. 45 VAG)

Merkblätter/Flyer

Datenschutzerklärung

Zusatzblatt zum E106 und zum E109 im Verhältnis CH-D

Versicherte Person (in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name

Vorname

Aktueller Arbeitgeberkanton

1 Fragen, die von der versicherten Person zu beantworten sind

a) Haben Sie nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland?
Falls ja, bitte Buchstaben b – f ausfüllen. Falls nein, weiter zu Buchstabe f. Ja Nein

b) Nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland

Name

Vorname

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Name

Vorname

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Name

Vorname

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

Name

Vorname

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

c) Wollen sich Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen in der Schweiz versichern? Ja Nein

d) Haben Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen von ihrem separaten Optionsrecht Gebrauch gemacht und sich von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht befreien lassen,.....? Ja Nein

e) **Nur bei unterstützungspflichtigen Kindern bis 25 Jahre auszufüllen.**
 Ist der andere Elternteil im Wohnland erwerbstätig? Ja, dann ist eine Versicherung in der Schweiz nicht möglich Nein

f) Ich berechtige SWICA dazu, das Formular E106 (S1) für mich und meine mitversicherten Familienmitglieder folgender Krankenkasse zuzustellen und bin mit der Verarbeitung meiner Personendaten durch diese Krankenkasse einverstanden.

Name der Krankenkasse

Anschrift

E-Mail

Ort/Datum **Unterschrift aller volljährigen versicherten Personen**

2 Bestätigung des zuständigen schweizerischen Krankenversicherers

Die versicherte Person hat mitgeteilt, dass keine nichterwerbstätigen Familienangehörigen mit Wohnort in Deutschland vorhanden sind (Buchstabe 1a).

Die unter Buchstabe 1b erwähnten Familienangehörigen sind in der Schweiz versichert (Buchstabe 1c).

Die unter Buchstabe 1b erwähnten Familienangehörigen haben von ihrem separaten Optionsrecht Gebrauch gemacht und sind nicht in der Schweiz versichert (Buchstabe 1d).

Ort/Datum **Unterschrift** **Stempel des zuständigen schweizerischen Krankenversicherers**

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto



SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID) **41101000000647953** LSV-IDENT. **SWA1W**

Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

| | |
|------------------|------------------|
| Versicherten-Nr. | Firma |
| Name | Vorname |
| Strasse, Nr. | PLZ, Ort |
| Telefon privat | Telefon Geschäft |
| E-Mail | Geburtsdatum |

Ich wünsche die Prämienzahlung über folgendes Direktbelastungsverfahren:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) via Bank (LSV+)

Ich wünsche die Prämienzahlung in der folgenden Periodizität:

monatlich zweimonatlich dreimonatlich halbjährlich jährlich

Ich wünsche die Kostenbeteiligung direkt meinem Konto zu belasten:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) via Bank (LSV+)

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

IBAN (Postkonto)

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum **Stein, den** Unterschrift/-en*

*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Belastung des Bankkontos mit LSV+

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

Bankname PLZ, Ort

IBAN (Bankkonto)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum **Stein, den** Unterschrift

Berichtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN

Datum Stempel und Visum der Bank