



# Antragsdeckblatt - Pflichtangaben

Es erfolgt eine Übertragung in den Antrag

## Vermittler

Vorname | Name

Vermittler-Nummer

## Kunde

Vorname | Name

Strasse

PLZ | Ort

Geburtsdatum | Beginn

Geschlecht

männlich  weiblich

Nationalität

Berufliche Tätigkeit

Telefon

E-Mail

**Betreuungsmandat anbei**

Ja  Nein

**Checkliste zur Offertenerstellung Direktversicherung anbei**

Ja  Nein

**Deutsche Zusatzversicherungen**

Ja  Nein

Gesellschaft 1

Leistungsumfang

Ambulant  Stationär  Zahn  Pflege

Gesellschaft 2

Leistungsumfang

Ambulant  Stationär  Zahn  Pflege

# Betreuungsmandat

## Auftragnehmer

Allves GmbH  
Schaffhauserstr. 33  
4332 Stein/Schweiz

## Auftraggeber

---

---

---

**Zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer wird zur Vertretung und Betreuung der unten aufgeführten Punkte nachfolgende Vereinbarung getroffen:**

Der Auftraggeber überträgt der Allves GmbH Schweiz die Betreuung und Verwaltung der Versicherungsverträge bei Schweizer Kranken- und Versicherungsunternehmen. Kontaktaufnahmen können schriftlich (Brief oder E-Mail) oder telefonisch erfolgen. Die Verwaltung der Versicherungsverträge umfasst folgende Aufgaben:

- Überprüfung der eingereichten Anträge und der ausgestellten Versicherungspolizen, sowie Anforderung und Entgegennahme von Versicherungspolizen der vermittelten Versicherungsgesellschaften.
- Das Anfordern und Analysieren von Offerten bei verschiedenen Versicherungsgesellschaften.
- Die kundengerechte Aufbereitung und Wissensvermittlung über Angebote oder wesentliche Änderungen seitens der Versicherungsgesellschaften.
- Einverständnis zur Kontaktaufnahme für die Direktversicherung für Grenzgänger
- Einverständnis zur Kontaktaufnahme bei Beschäftigungsende Schweiz für die Freizügigkeitslösung.
- Einverständnis zur Kontaktaufnahme bei Umzug in die Schweiz.
- Die Allves Schweiz GmbH ist bevollmächtigt, für den Kunden unterstützende Versicherungslösungen (Direktversicherung) in Verbindung mit der Allves Deutschland anzubieten.

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

Diese Vereinbarung tritt mit Unterschriftsdatum in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie kann beidseitig und jederzeit gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der Schriftform.

## Auftraggeber

Stein, \_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# 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\*  Ja  Nein  
 für Grenzgänger/innen\* Haben Sie nichterwerbstätige Familienangehörige?  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 Kulturveranstaltungen, 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](http://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

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

# BERATUNGSPROTOKOLL.

Datum der Beratung (Tag/Monat/Jahr)

Name der Beratungsperson(en)

## 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.**

_____	_____	_____
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



# 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

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

Unterschrift

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

IBAN

Datum

Stempel und Visum  
der Bank