

## Versicherungsantrag VVG

Dossier-Nr. (nur intern) 

<input type="checkbox"/> Neuabschluss		
<input type="checkbox"/> Änderung		Versicherten-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kollektivvertrags-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Versicherungsbeginn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Versicherte Person

Vorname <input type="text"/>	Name <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum <input type="text"/>	Zivilstand <input type="text"/>
Staatsangehörigkeit <input type="text"/>	Strasse/Nr. <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>
Kanton/Staat <input type="text"/>	Steuerdomizil <input type="text"/>	Arbeitskanton (nur für Grenzgänger/in) <input type="text"/>
Beruf <input type="text"/>	Arbeitgeber <input type="text"/>	Beschäftigungsgrad <input type="text"/>
Arbeitslos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Telefon Geschäft <input type="text"/>	Telefon Privat <input type="text"/>	eMail <input type="text"/>
Bisher versichert bei (Name und Adresse) <input type="text"/>	Zusatzversicherung <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland am Datum <input type="text"/>

## Prämienzahler/in

Familien-Nr. 

Vorname <input type="text"/>	Name <input type="text"/>	
Strasse/Nr. <input type="text"/>	PLZ/Ort <input type="text"/>	Sprache <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> i
Telefon Geschäft <input type="text"/>	Telefon Privat <input type="text"/>	SBB Personal-Nr. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (für SBB-Betriebsangehörige – gilt als Zustimmung für Lohnabzug)

## Zahlungsmodalität

<input type="checkbox"/> Prämienrechnung	<input type="checkbox"/> LSV (Bank)	<input type="checkbox"/> Debit direct (Post)
<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 2-monatlich	<input type="checkbox"/> 3-monatlich
	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
<b>Zahlungsverbindung für Rückerstattungen (bitte unbedingt angeben)</b>		
<input type="checkbox"/> Postcheckkonto-Nr. <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Name der Bank <input type="text"/>	Clearing-Nr. <input type="text"/>	
PLZ/Ort <input type="text"/>	Konto-Nr. <input type="text"/>	
IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Dossier-Nr. (nur intern)

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Prämien monatlich
<input type="checkbox"/> Mivita <input type="checkbox"/> Reala <input type="checkbox"/> Extensa	CHF
<input type="checkbox"/> Denta (bis Alter 25 bei Versicherung Mivita inbegriffen)* <input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2	CHF CHF
<input type="checkbox"/> Comforta* <input type="checkbox"/> mit Unfall <input type="checkbox"/> ohne Unfall <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Opti 1 <input type="checkbox"/> Opti 2	CHF CHF CHF CHF
<input type="checkbox"/> Hotel* <input type="checkbox"/> Hotel (Zweibett-Zimmer) <input type="checkbox"/> mit Hotel plus (Einbett-Zimmer)	CHF
<input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> mit Unfall <input type="checkbox"/> ohne Unfall <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> mit Hotel (Zweibett-Zimmer) <input type="checkbox"/> mit Hotel plus (Einbett-Zimmer) <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Opti 1 <input type="checkbox"/> Opti 2	CHF CHF CHF CHF CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld VVG bei Krankheit Leistungsdauer <input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage    CHF <input type="text"/> Wartefrist <input type="text"/> Tage    CHF <input type="checkbox"/> mit Indexierung (Minimum CHF 50.-)    CHF <input type="text"/> Wartefrist <input type="text"/> Tage    CHF	CHF CHF
<input type="checkbox"/> Taggeld VVG bei Unfall Leistungsdauer <input type="checkbox"/> 365 Tage <input type="checkbox"/> 730 Tage    CHF <input type="text"/> Wartefrist <input type="text"/> Tage    CHF <input type="checkbox"/> mit Indexierung (Minimum CHF 50.-)    CHF <input type="text"/> Wartefrist <input type="text"/> Tage    CHF	CHF CHF
<input type="checkbox"/> Haushalt-Taggeld (Minimum CHF 10.-, Maximum CHF 100.- pro Tag) Krankheit und Unfall; Leistungsdauer 365 Tage    CHF <input type="text"/> Wartefrist <input type="text"/> Tage    CHF	CHF
<input type="checkbox"/> UTI – Kapital-Unfallversicherung bei Tod und Invalidität <input type="checkbox"/> Variante A (Progression bis 225%) <input type="checkbox"/> Variante B (Progression bis 350%) Versicherungssumme bei Tod    CHF <input type="text"/> Versicherungssumme bei Invalidität    CHF <input type="text"/> CHF	CHF
<b>Prämien monatlich</b>	<b>CHF</b>

\* Diese Versicherung kann nur zusammen mit Mivita abgeschlossen werden.

Versicherung Taggeld KVG

<input type="checkbox"/> Taggeld KVG (Minimum CHF 10.-, Maximum CHF 30.- pro Tag)	
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall    CHF <input type="text"/> Wartefrist <input type="text"/> Tage    CHF	CHF
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall    CHF <input type="text"/> Wartefrist <input type="text"/> Tage    CHF	CHF
> Bestehen noch andere Taggeldversicherungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn ja, Betrag und Wartefrist)    CHF <input type="text"/> Wartefrist <input type="text"/> Tage    CHF	CHF

Atupri Kundeninformationen

Wenn Kundeninformationen in gedruckter und elektronischer Form erhältlich sind, wünsche ich den Zusand

per eMail    Meine eMail-Adresse

per Post/gedruckt

Nur für internen Gebrauch (leer lassen)

Code Mitarbeiter/in  /

Code Vermittler/in

# Gesundheitserklärung

Dossier-Nr. (nur intern)

Falls gewünscht, kann die/der Antragstellerin/Antragsteller diesen Fragebogen direkt an den Vertrauensarzt der Atupri senden.

Vorname  Name

Versicherten-Nr.        Geburtsdatum

Jede der nachfolgenden Fragen muss vom Antragsteller/gesetzlichen Vertreter persönlich beantwortet werden. Leerlassungen sind nicht zulässig. Zutreffendes bitte ankreuzen		nein	ja
1. a)	Findet momentan eine Behandlung bei einer/einem Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt, Naturheilpraktiker/in statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Grösse <input type="text"/> cm, Gewicht <input type="text"/> kg		
2.	Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante oder stationäre Behandlung/Untersuchung (inklusive komplementärmedizinische Behandlung/Untersuchung) aufgrund körperlicher od. psychischer Beschwerden durchgeführt		
	a) der Atmungsorgane, wie Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) des Herzens, wie erhöhter Blutdruck, arterielle Durchblutungsstörung, Herzinfarkt, Angina pectoris oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) der Blutgefässe, wie Krampfadern, Venenentzündungen, Arterienverengung oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) der Psyche, wie Depressionen, Psychose, vegetative Störungen, Ess- und Schlafstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) des Nervensystems, wie Epilepsie, Lähmungen, Migräne, Schlaganfall oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) Erkrankung der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) Erkrankung der Harn- und/oder Geschlechtsorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h) des Stoffwechsels oder des Blutes, wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Hormonstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i) der Haut, wie Ekzeme, Allergien, Psoriasis oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j) der Augen und/oder des Gehörs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k) des Immunsystems oder Infektionskrankheiten, wie AIDS, HIV-Infektion, Hepatitis oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	l) des Bewegungsapparates, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Stehen Behandlungen/Untersuchungen (inklusive komplementärmedizinische Behandlungen/Untersuchungen) Abklärungen, Operationen oder Kuren bevor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? <input type="text"/>		
4.	Hatten Sie jemals eine Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? <input type="text"/>		
5. a)	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, was und wie viel täglich? <input type="text"/>		
	b) Nehmen/nahmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? <input type="text"/>		
	Wenn ja, wie oft? <input type="text"/>		
	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>		
	c) Trinken/tranken Sie regelmässig* Alkohol? *mehr als 0,5 l Wein oder 0.7 l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, was? <input type="text"/>		
	d) Nehmen/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet? (Ausgenommen Antibabypille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? <input type="text"/>		
	Grund der Einnahme? <input type="text"/>		
	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>		
6. a)	Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Hatten Sie aufwändige zahnärztliche Behandlungen? Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Zahnfleisches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? <input type="text"/>		
	Von <input type="text"/> bis <input type="text"/>		



### Beitrittserklärung Zusatzversicherungen VVG

Ich erkläre hiermit den Versicherungsantrag, namentlich die Gesundheitsfragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Ferner bestätige ich vor Antragstellung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) über die Zusatzversicherungen nach VVG und sämtliche Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) für die von mir beantragten Zusatzversicherungen erhalten und gelesen zu haben. Ich bin zudem vor Antragstellung schriftlich und verständlich über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages informiert worden. Ich kenne insbesondere die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, die geschuldeten Prämien und weitere Pflichten des Versicherungsnehmers, die Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages.

Ich habe ferner Kenntnis davon genommen, dass die medizinischen Leistungserbringer den Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzten der Atupri die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern müssen, d.h. alle Angaben, welche zur Beurteilung des Gesundheitsrisikos bei der Antragstellung sowie von Fragen der Vergütung, der Tarifierung sowie der Leistungspflicht der Atupri notwendig sind. Ich ermächtige die von der Atupri angefragten medizinischen Leistungserbringer, für die Dauer von drei Monaten ab Unterzeichnung dieses Antrags, im genannten Rahmen alle benötigten Auskünfte den Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzten der Atupri zu erteilen. Im gleichen

Ort und Datum

Umfang befreie ich auch Privatversicherer und Sozialversicherer von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie zur Auskunftserteilung gegenüber der Atupri. Nach Ablauf von drei Monaten erlischt diese Befreiung vom Datenschutz. Ich nehme jedoch zur Kenntnis, dass von mir auch zu einem späteren Zeitpunkt eine entsprechende und aktuelle Erklärung einverlangt werden kann, wenn dies im Rahmen der Mitwirkungspflicht erforderlich ist, namentlich zur Prüfung einer Leistungspflicht der Atupri oder zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung.

Schliesslich habe ich Kenntnis von Artikel 6 des Versicherungsvertragsgesetzes: Wenn der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Eintreffen beim Versicherungsnehmer wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem die Atupri von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat. Wird der Vertrag wegen Anzeigepflichtverletzung durch eine Kündigung in diesem Sinne aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht der Atupri für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat die Atupri Anspruch auf Rückerstattung.

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

### Beitrittserklärung Versicherung Taggeld KVG

Ich erkläre hiermit den Versicherungsantrag wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben, insbesondere die Gesundheitsfragen. Ferner bestätige ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nach KVG mit den Bestimmungen über die freiwillige Taggeldversicherung erhalten zu haben. Schliesslich nehme ich zur Kenntnis, dass die medizinischen Leistungserbringer den Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzten der Atupri

Ort und Datum

die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach Artikel 57 KVG notwendigen Angaben liefern müssen, d.h. alle Angaben, welche zur Beurteilung des Gesundheitsrisikos im Zeitpunkt der Antragstellung, namentlich mit Bezug auf vorbestandene Krankheiten und Unfälle mit Arbeitsunfähigkeitsfolgen, sowie dem Vertragsabschluss folgende Arbeitsunfähigkeiten notwendig sind.

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag an:

Call Center  
Atupri Krankenkasse  
Zieglerstrasse 29  
Postfach 8717  
3001 Bern

Hinweis: Bitte kündigen Sie die bestehenden Zusatzversicherungen erst, nachdem Sie von uns die schriftliche Zusage erhalten haben.

[www.atupri.ch](http://www.atupri.ch)

Nur für internen Gebrauch (leer lassen)

Code Mitarbeiter/in  /

Code Vermittler/in

## Wichtige Informationen zum Kündigungsablauf

Sehr geehrte Kundin  
Sehr geehrter Kunde

Atupri unterstützt Sie gerne bei der Erledigung der Kündigungsformalitäten.

Auf Wunsch übernehmen wir für Sie die gesamte Abwicklung, sofern die nachstehend aufgeführten Unterlagen mindestens 10 Arbeitstage vor Ablauf des Kündigungstermins bei uns eintreffen und keine Zusatzabklärungen für die Gesundheitsprüfung notwendig sind. Hierzu lassen Sie uns im beigelegten Briefumschlag bitte Folgendes zukommen:

- > dieses Merkblatt zum Kündigungsablauf, ergänzt und unterzeichnet
- > das/die neben stehende/n Kündigungsschreiben, ergänzt und unterzeichnet
- > den beiliegenden Versicherungsantrag, unterzeichnet

Bitte beachten Sie die unterschiedlichen Kündigungsfristen:

Versicherungen	Spätester Kündigungstermin (es zählt der Eingangstermin beim bisherigen Versicherer)
Obligatorische Krankenpflegeversicherung	jährlich bis 31. März* und 30. November bzw. bis zum letzten Arbeitstag in den Monaten März und November
Zusatzversicherungen	in der Regel jährlich bis 30. September Achtung: Einige Versicherungen haben längere Kündigungsfristen oder Mehrjahresverträge.

\* nur bei Franchise von CHF 300.–

Zur Klärung des weiteren Vorgehens und zur Vermeidung von Missverständnissen kreuzen Sie bitte das zutreffende Feld an:

- Ich kündige selber       Ich beauftrage Atupri, die Kündigungsformalitäten zu erledigen

Die Kündigung der Zusatzversicherungen ist per  möglich.

### Splitting ja oder nein?

Der Wechsel der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereitet kaum Probleme, falls die Kündigung rechtzeitig erfolgt.

Der Abschluss von Zusatzversicherungen unterliegt jedoch einer Gesundheitsprüfung, welche eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen kann. Hin und wieder verzögert sich dadurch der Versicherungsbeginn um ein Jahr. Bedingt durch die unterschiedlichen Kündigungsfristen entsteht oft folgende Situation: Der Übertritt in die obligatorische Krankenpflegeversicherung könnte auf den nächsten 1. Januar erfolgen. Der Wechsel bei den Zusatzversicherungen ist jedoch nicht – oder nicht auf den gleichen Zeitpunkt – möglich. Beispielsweise kann die Kündigungsfrist bereits abgelaufen sein, die Gesundheitsprüfung längere Zeit in Anspruch nehmen oder der Übertritt ist aus gesundheitlichen Gründen gar nicht möglich.

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie ein Splitting wünschen oder ob der Wechsel zu Atupri erst erfolgen soll, wenn der Übertritt mit allen Versicherungen möglich ist. Besten Dank.

- Ich wünsche ein Splitting

Der Übertritt in die obligatorische Krankenpflegeversicherung erfolgt auf den nächst möglichen Termin. Ungeachtet ob, und auf welchen Zeitpunkt der Abschluss von Zusatzversicherungen möglich ist.

- Ich wünsche kein Splitting

Vorname

Name

Datum

Unterschrift

**PS: Bitte senden Sie uns dieses Merkblatt ausgefüllt zurück, zusammen mit Ihrem unterzeichneten Versicherungsantrag, auch wenn Sie die Kündigung Ihrer Versicherung selber vornehmen.**

Absender


Recommandé


--

Ort, Datum

**Kündigung der Zusatzversicherungen**

Versicherte Person/en: Vorname/n, Name/n, Familien-/Policen-Nummer


Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich sämtliche Zusatzversicherungen bei ihrer Krankenkasse per 

--

  
(In der Regel per 31. Dezember möglich)

Ich bitte Sie, mir die Annahme der Kündigung schriftlich zu bestätigen.  
Für den bisherigen Versicherungsschutz danke ich Ihnen bestens.

Freundliche Grüße

--

Unterschrift/en