

Kapitalversicherungsantrag «Erwachsenen-Kind» oder Global vie start

Vermittler-Nr. Gesellschaft, Name und Vorname des Beraters Im Firmensitz erhalten am Police-Nr.

Zu versichernde Personen

Erwachsener:

Versicherungsnehmer

Prämienzahler

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum: Zivilstand:

Nationalität: Bewilligung:

Bewilligung ZAR-Nr.: Gültigkeit:

Kantonale Referenz-Nr.:

Gesprochene Sprache(n): D F I

Korrespondenzsprache: D F I

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Aktueller Beruf/Branchen:

Name des Arbeitgebers:

Status: angestellt temporär angestellt

pensioniert/Rentner(-in) in Ausbildung/Student(-in)

selbständig: seit wann?

Hausfrau oder -mann arbeitslos

Kind:

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Versand der Police

direkt an den Versicherungsnehmer

Andere:

Leistungen/Prämien

| Vertragsbeginn: | Tarif (Abkürzung) | Dauer Jahre | Leistung Fr. | Prämie Fr. |
|--|---|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 01 <input type="text"/> | PE | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hauptversicherung «Erwachsenen-Kind» | LP | <input type="checkbox"/> 90 Tage | <input type="checkbox"/> 180 Tage | <input type="checkbox"/> 360 Tage |
| Prämienbefreiung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 | <input type="checkbox"/> 1/4 | <input type="checkbox"/> 1/12 | <input type="checkbox"/> 720 Tage |
| Zahlungsmodus der Prämien | | | <input checked="" type="checkbox"/> Betrag: <input type="text"/> | |

Übertragung der Rechte und Pflichten

Bei Todesfall des mitversicherten Erwachsenen vor Vertragsablauf gehen die Rechte und Pflichten des Vertrages an folgende Person über:

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Sportliche Aktivitäten und Auslandsaufenthalte (nur für den Erwachsenen)

ja nein

1. **Betreiben Sie regelmässig Sport?**

Wenn ja, welche(n):

2. **Betreiben Sie einen Sport wie Berg-, Flug- oder Motorsport (Auto, Motorrad), Reitsport, Fallschirmspringen, Deltafliegen, Gleitschirmfliegen, Tauchen, Kampfsport, Segeln, Höhlenforschung oder andere risikobehaftete sportliche Aktivitäten? (in diesem Fall den betreffenden Fragebogen ausfüllen)**

Wenn ja, welche(n):

3. **Werden Sie sich in den nächsten 12 Monaten während mehr als 4 Wochen (in einer Region) ausserhalb Ihres Wohnlandes aufhalten?**

Wo? Wann? Wie lange?

Aus welchem Grund?

Fragen über den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

Erwachsener:

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. a. Besteht bei Ihnen eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Bestehen irgendwelche gesundheitliche Probleme? Leiden Sie an Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter medizinischer Beobachtung oder nehmen Sie regelmässig Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie in den letzten 5 Jahren | | |
| a. Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihre gewöhnlichen Aktivitäten während mehr als 2 aufeinander folgenden Wochen unterbrechen oder einschränken müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. sich einer Behandlung, einer Kontrolle oder medizinischer Betreuung während mehr als 4 Wochen (von der ersten bis zur letzten Konsultation) unterzogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. einen Psychotherapeuten, Psychiater oder Psychologen konsultiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. sich einer physiotherapeutischen Behandlung unterzogen oder einen Chiropraktiker konsultiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie sich einem HIV-Test (AIDS) unterzogen, dessen Ergebnis positiv oder anormal war? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Rauchen Sie? Was? <input type="text"/> Anzahl/Tag <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Körpermasse Grösse in cm: <input type="text"/> Gewicht in kg: <input type="text"/> | | |

Hier bitte Einzelheiten angeben, wenn Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen 1 bis 4 mit «ja» beantwortet haben

| Frage Nr. | Art der Erkrankung oder der medizin. Untersuchung, Details, Medikamente | Von wann bis wann? | Dauer der Erwerbs-unfähigkeit | Geheilt, Behandlung abgeschl.? | Name und genaue Adresse des Arztes oder des Spitals |
|----------------------|---|----------------------|-------------------------------|---|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="text"/> |

Kind:

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Leidet das Kind an einer Krankheit, welche eine Behandlung erfordert, an einer Behinderung oder an Folgeerscheinungen infolge einer Krankheit oder eines Unfalls? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, von welchen? <input type="text"/> | | |
| Von wann bis wann? <input type="text"/> | | |
| Name und Adresse des Arztes oder des Spitals <input type="text"/> | | |

Einwilligung und Schlussbestimmungen

Einwilligung

Der Antragsteller oder der Versicherungsnehmer autorisiert die Groupe Mutuel Leben GMV AG die nötigen Angaben zur Erstellung und Verwaltung des Vertrages einzuziehen und auch Fragen zu dem Vertrag, sowie die Mitteilung an den Berater, dessen Namen auf der ersten Seite des Antrages aufgeführt ist, alle Angaben betreffend des unterschriebenen Vertrages (Mahnungen, Zahlungsbefehle usw.) vorzunehmen. Die betroffenen Personen befreien ihre Krankenkassen, sowie alle anderen Versicherer, von der Schweigepflicht gegenüber der Groupe Mutuel Leben GMV AG und berechtigen unter anderem die Übermittlung von notwendigen Informationen sowie die Inhalte der Beiblätter und des Versicherungsantrages an den Rückversicherer, in Bezug zur Abklärung der Annahmebedingungen.

Die zu versichernden Personen befreien die Ärzte, Spitäler, Therapeuten oder andere für die Groupe Mutuel Leben GMV AG in Betracht kommende Personen von Ihrem Berufsgeheimnis, um ihr oder ihrem medizinischen Dienst alle notwendigen Auskünfte, in Verbindung mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zu erteilen.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die anfallende Prämie für das 1. Versicherungsjahr, sowie die zusätzlichen Kosten, zu bezahlen.

Schlussbestimmungen

Die Unterzeichner des Antrages sind verantwortlich, dass ihre Angaben korrekt sind, auch wenn der Antrag von einer Drittperson ausgefüllt wird und sie diesen nur unterzeichnen. Die Unterzeichner erklären, die schriftlichen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, ohne Gefahrentatsachen, die bekannt waren oder bekannt hätten sein müssen, zu verschweigen oder unrichtig anzugeben. Andernfalls kann die Gesellschaft, unter Anwendung von Art. 6 des Bundesgesetzes für Versicherungsverträge, den Vertrag kündigen.

Diese Auskunftspflicht besteht während der ganzen Annahmeprozedur und bis zum Erhalt der Versicherungspolice.

Der Antragsteller bestätigt, die Akkreditierungskarte des Versicherungsberaters (mit Angaben über seine Identität, Adresse, angebotenen Versicherungsbereiche und den Namen der vertretenen Versicherer) gesehen und zur Kenntnis genommen zu haben. Er bestätigt auch, vom besagten Berater über die Bearbeitung seiner persönlichen Daten (insbesondere deren Zweck und dessen Empfänger) informiert zu sein.

Er nimmt ebenfalls zur Kenntnis, dass Vereinbarungen zwischen ihm und dem Vermittler die Groupe Mutuel Leben GMV AG nur verpflichtet, wenn diese schriftlich an den Hauptsitz gerichtet und anerkannt wurden.

Unterschriften

Ich bestätige hiermit den Sinn der Fragen, welche mir gestellt worden sind, verstanden und diese wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, sowie den Erhalt der allgemeinen und zusätzlichen Versicherungsbedingungen.

| | |
|--|---|
| Ort und Datum: <input type="text"/> | Unterschrift des Versicherungsnehmers: <input type="text"/> |
| Mitversicherter Erwachsener: <input type="text"/> | Gesetzl. Vertreter oder Vormund des Erwachsenen: <input type="text"/> |
| Gesetzl. Vertreter des versicherten Kindes: <input type="text"/> | |

Erklärung und Unterschrift des Beraters

Ich erkläre, mich beim Antragsteller identifiziert zu haben und meiner Informationspflicht gemäss Artikel 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) nachgekommen zu sein. Ich bestätige ebenfalls, dass die vorgeschriebenen Informationen, welche dem Antragsteller mitzuteilen sind, auf einem dauerhaften und zugänglichen Träger übermittelt wurden.

Die anwendbaren Versicherungsbedingungen wurden dem Antragsteller persönlich überreicht.

| | |
|-------------------------------------|---|
| Ort und Datum: <input type="text"/> | Unterschrift des Beraters: <input type="text"/> |
|-------------------------------------|---|