

Anmeldung zur Kapital-Versicherungsdeckung für Tod und Invalidität infolge Krankheit und Unfall (KTI)

Ja, ich wünsche finanziellen Schutz bei Tod oder Invalidität infolge Krankheit oder Krankheit und Unfall

 Neuanmeldung Änderungsmeldung weiblich männlich

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse, Nr. _____

Nationalität _____

PZL, Ort _____

Aufenthaltsstatus _____

Telefonnummer Privat _____

Email _____

Sozialversicherungs- oder AHV-Nummer _____

Gewünschte Versicherung

Die Todesfall- und Invaliditätsversicherung ist einzeln wie auch in Kombination abschliessbar. Das Unfallrisiko ist nur in Ergänzung zu Krankheit versicherbar. Bitte kreuzen Sie die gewünschten Versicherungen deutlich an. Die Versicherungssumme ist in Stufen von CHF 10 000.– anzugeben und beträgt maximal je CHF 500 000.–.

K = Krankheit

K+U = Krankheit und Unfall

Tarifalter = Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr

Todesfallkapital

 K K+U Nein

Versicherungssumme CHF _____

Monatliche Prämie CHF _____

Für ein Kind bis einschliesslich Tarifalter 3 kann höchstens ein Todesfallkapital von CHF 2500.– versichert werden.

Ich habe zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass das Todesfallkapital für mein Kind ab dem Tarifalter 4 automatisch erhöht wird auf:

 CHF 10 000.– CHF 20 000.–

Vom Tarifalter 4 bis einschliesslich Tarifalter 14 kann höchstens ein Todesfallkapital von CHF 20 000.– versichert werden.

Für einen Jugendlichen zwischen dem Tarifalter 15 und dem Tarifalter 18 kann höchstens ein Todesfallkapital von CHF 100 000.– versichert werden.

Begünstigte Person im Todesfall

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PZL, Ort _____

Geburtsdatum _____

Soll die Begünstigungsordnung gemäss Ziffer 3.2.2 AVB KTI 2018 geändert werden, sind die zu Begünstigenden bei Ihrem Krankversicherer schriftlich anzugeben.

Invaliditätskapital

 K K+U Nein

Versicherungssumme CHF _____

Monatliche Prämie CHF _____

Für Kinder und Jugendliche bis einschliesslich Tarifalter 14 kann höchstens ein Invaliditätskapital von CHF 100 000.– versichert werden.

Versicherungsbeginn _____

Die Aufnahme erfolgt per Geburt oder frühestens auf den folgenden Monatsersten.

Verpfändung und Abtretung

Verpfändung/Abtretung

 Ja Nein

Sollen die Leistungen an einen Dritten abgetreten oder verpfändet werden, ist eine schriftliche Mitteilung an den Krankenversicherer notwendig.

Versicherungsschutz

Versicherer ist die Generali Personenversicherungen AG. Der Versicherungsschutz beginnt, unter Vorbehalt allfälliger Einschränkungen aufgrund des Ergebnisses der Gesundheitsprüfung, mit dem im Versicherungsausweis angegebenen Versicherungsbeginn. Der Versicherer kann ergänzende Angaben über die gesundheitlichen Verhältnisse verlangen (beispielsweise Rückfragen beim Arzt oder ärztliche Untersuchung). Bei Neugeborenen erlischt der Versicherungsschutz, wenn innert 2 Jahren ab Geburt ein Geburtsgebrechen gemäss Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV), eine genetische Erkrankung oder ein genetischer Defekt festgestellt wird. Dies ist dem Krankenversicherer sofort zu melden.

Jede Änderung der wesentlichen Gefahrentatsachen (Veränderung des Gesundheitszustandes), die zwischen Einreichung des Antragsformulars und der Gewährung des Versicherungsschutzes eintritt, muss dem Krankenversicherer gemeldet werden; eine Unterlassung stellt eine Anzeigepflichtverletzung dar.

Gesundheitsfragen und Unterschrift siehe Rückseite.
Wird vom Krankenversicherer ausgefüllt

KTI-VTG Nr. _____

Krankenversicherer _____

Gesundheitsfragen

Bei vorgeburtlicher Antragsstellung entfallen die Gesundheitsfragen und der Versicherungsschutz beginnt am Tag der Geburt. Der Einschluss der Unfallddeckung bei bestehenden KTI-Versicherten erfordert keine Gesundheitsdeklaration. Wir bitten Sie, die folgenden Gesundheitsfragen wahrheitsgetreu und vollständig zu beantworten. Gesundheitsfragen können frühestens 6 Monate vor Versicherungsbeginn beantwortet werden.

Die zu versichernde Person erklärt und bestätigt, dass sie:

1. Zurzeit gesund ist Ja Nein Grund: _____

Als nicht gesund gilt eine Person, die bei Versicherungsbeginn bzw. bei Erhöhung der Versicherungsleistung

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit / Schule fernbleiben muss
- Taggelder infolge Krankheit oder Unfall bezieht
- bei einer staatlichen Invalidenversicherung angemeldet ist. (Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen.)
- eine Rente wegen vollständiger oder teilweiser Erwerbsunfähigkeit bezieht
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprechend voll beschäftigt werden kann bzw. – falls in Ausbildung, nicht extern erwerbstätig (Hausfrau / Hausmann) oder nicht mehr erwerbstätig (ordentlich vorzeitiger Rücktritt aus dem Erwerbsleben) – beschäftigt werden könnte

2. Bestehen bei Ihnen körperliche oder psychische Beeinträchtigungen, Unfallfolgen oder Gebrechen? Nein Ja

3. Benötigen Sie Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher Behandlung / ärztlicher Kontrolle oder ärztlicher Beratung? Nein Ja

Medikamentenname: _____ Dosis: _____

4. Sind bei Ihnen jemals Herz-, Kreislaufkrankheiten, ein Schlaganfall, eine Zuckerkrankheit, Nierenerkrankungen, bösartige Leiden (z. B. Krebs) oder eine Hirnblutung, Multiple Sklerose vorgekommen bzw. festgestellt worden? Nein Ja

5. Mussten Sie in den letzten 3 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalles mehr als 4 Wochen aussetzen? Nein Ja

6. Wurden Sie jemals von einem Psychiater, einem Psychologen oder einem Psychotherapeuten behandelt oder beraten? Nein Ja

7. Sind Sie in den letzten 3 Jahren von einem Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Osteopathen beraten oder behandelt worden? Nein Ja

8. Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt, der ein positives Resultat (HIV-positiv) ergab? Nein Ja

9. Haben Sie Drogen konsumiert? Nein Ja

Welche: _____ Zeitraum: _____

Falls Sie eine der Fragen 2–8 mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage	Diagnose	Art der Behandlung	Zeitraum	Adresse Arzt/Spital

Reicht der vorgesehene Platz zum vollständigen Ausfüllen der Gesundheitsfragen nicht aus, verwenden Sie bitte ein Beiblatt, das Sie diesem Antrag beilegen. Ist diesem Antrag ein Beiblatt beigelegt? Nein Ja

Erklärung

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Antrags- und Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und nehme davon Kenntnis, dass der Versicherer ansonsten den Vertrag kündigen kann. Für alle diesen Antrag betreffenden Fragen entbinde ich Ärzte, Zahnärzte, Heilanstalten und übrige Medizinalpersonen gegenüber dem Versicherer von ihrer Schweigepflicht. Ich erteile dem Versicherer die Ermächtigung zur Bearbeitung der notwendigen Daten oder die Datenbearbeitung an Dritte zu übertragen. Diese Einwilligung gilt auch während der Vertragsdauer. Der Versicherer verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Wenn die Daten durch andere Stellen eingesehen oder bearbeitet werden, werden auch diese Stellen in die Datenschutzpflicht eingebunden.

Ich bestätige, ein Exemplar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen KTI (inkl. vorvertragliche Informationen) erhalten zu haben.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Versicherte Person/AntragstellerIn oder gesetzliche/r Vertreter/in