

1. Personalien

Name: _____ Staatszugehörigkeit: _____
 (Verheiratete bitte beide Familiennamen angeben)
 Für Kurzaufenthalter/-innen: Einreisedatum: _____
 Ausreisedatum: _____
 Vornamen: _____
 Strasse/Nr.: _____ Für Grenzgänger/-innen:
 • Grenzgängerbewilligung seit: _____
 • Arbeitgeber/-in: _____
 PLZ/Wohnort: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel. P: _____ G: _____ Kanton: _____
 E-Mail: _____
 Geb.-Dat.: _____ männl. weibl.
 Fam.-Hauptpolice/Versicherungsnehmer/-in (Name, Vorname, Geb.-Datum): _____

Wird von Vivao Sympany ausgefüllt:
 Versicherten-Nr.: _____
 Nr. Versicherungsnehmer/-in: _____
 Eingang: _____
 Sektion: _____
 Kollektivversicherung: _____
 Koll.-Nr.: _____

2. Versicherungsbeginn

Der Beitritt zu Vivao Sympany erfolgt nach Einhaltung der Kündigungsfrist bei Ihrer jetzigen Kasse oder Versicherung. **Bitte warten Sie mit der Kündigung**, bis Ihnen Vivao Sympany den Versicherungsabschluss ohne Ausschluss von Versicherungsleistungen bestätigt und den nächstmöglichen Eintrittstermin mitteilt.

Ich wünsche den Beginn / die Änderung per _____.

3. Zahlungsverkehr (über Bank oder Post in der Schweiz)

Konto-Nr.: _____ Post Bank, Name: _____ Filiale: _____
 Konto-Inhaber/-in (Name, Vorname, PLZ, Wohnort): _____
 Zahlungsart: monatlich Prämienzahlung über Lastschriftenverfahren

4. Heilungskosten-Pakete

vivao mondial					Variante (1-5):
standard	halbprivat	flex	privat	global	Jahres-Franchise vivao basis CHF
kombi allgemein VVG	kombi halbprivat- VVG	kombi flex VVG	kombi privat VVG	kombi global VVG	Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
allgemeiner zusatz VVG	privat- zusatz VVG	privat- zusatz VVG	privat- zusatz VVG	privat- zusatz VVG	Leistungsfreiheits-Rabatt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
basis VVG	basis VVG	basis VVG	basis VVGv	basis VVG	Familien-Rabatt (Versicherungsdauer 3 Jahre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1	2	3	4	5	Bemerkungen: _____

Monatsprämie	
AG	CHF

5. Ergänzungs-Programm

Ich wünsche folgende individuelle Zusatzdeckung (falls offerierte Variante nicht gewünscht, bitte durchstreichen)

vivao compensa (Taggeld VVG) Leistungsdauer 365 Tage 730 Tage
 Versicherungssumme pro Tag CHF _____ Wartefrist: _____ Krankheit Unfall
 Versicherungssumme pro Tag CHF _____ Wartefrist: _____ Krankheit Unfall

vivao risikokapital unfall bei Tod und Invalidität durch Unfall (UTI)
 Versicherungssumme bei Tod CHF _____ / bei Invalidität max. CHF _____ (350%)

vivao dental Zahnbehandlungskosten-Versicherung (separates Formular)

vivao protect Patientenrechtsschutz-Versicherung

Var./ AG	

Total Monatsprämie

6. Andere Versicherungen

a) Sind Sie bisher bei einer anderen Gesellschaft ganz/teilweise für die gleichen Risiken versichert? ja nein
 Vorversicherer: Gesetzlich versichert bei: _____
 Privat versichert bei: _____

b) Besteht eine Zusatzversicherung, wenn ja bei welcher Gesellschaft? ja nein

c) Waren Sie früher bei Vivao Sympany, ÖKK Basel versichert? Bis wann? ja nein

d) Sind Sie anderweitig unfallversichert? ja nein
 durch Arbeitgeber am Arbeitsplatz (BU)? in der Freizeit? privat?
 Wenn ja, welche Gesellschaft? _____

e) Beziehen Sie eine Rente (bzw. Leistungen) von IV UVG MV anderer Versicherung? ja nein
 (Wenn ja: bitte Verfügung oder Rentenbescheid beilegen)

f) Ist eine Rente beantragt? Wenn ja: welche? _____ ja nein

Datum/Visum Berater/-in: _____

Datum/Visum SachbearbeiterIn: _____

Original: Vivao Sympany 1 Durchschlan-Berater/Beraterin 7 Durchschlan-Kundin/Kunde

