

## Ihre persönlichen Angaben (Personalienblatt)

<input type="checkbox"/> Neukunde	Vorname, Name Berater
<input type="checkbox"/> Bestehender Kunde	Berater-Nr.
<input type="checkbox"/> Vorgeburtliche Anmeldung	Versicherten-Nr.
<input type="checkbox"/> BILAS (Bilaterale Verträge CH/EU)	
<b>Zu versichernde Person</b>	Amtlicher Vorname, Name *
	Strasse, Nr.
	PLZ, Ort
	Land
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich    Geburtsdatum
	Zivilstand    Nationalität
	Telefon P    Mobile
	E-Mail
	* <b>Wichtig:</b> Vorname und Name müssen zur späteren Erstellung der Versichertenkarte zwingend mit der Schreibweise auf amtlichen Dokumenten (ID, Pass, Aufenthaltsbewilligung, etc.) übereinstimmen.
<b>Familienvorstand/ Familienoberhaupt des Vertrages</b>	Vorname, Name
	Strasse, Nr.
	PLZ, Ort
<b>Fragen zum aktuellen Versicherer in der Grund- versicherung</b>	Name Krankenversicherer
	Ort (Filiale)
	Versicherten-Nr.
	Austritt per
	<input type="checkbox"/> Zuzug aus dem Ausland (Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen)
<b>Fragen zum gesetzlichen Vertreter</b>	Vorname, Name
	Strasse, Nr.
	PLZ, Ort
	Land
<b>Fragen für Prämienzahler</b>	Vorname, Name Prämienzahler
Gewünschte Zahlungsart	<input type="checkbox"/> <b>Lastschriftverfahren Bank (LSV)**</b> <input type="checkbox"/> <b>E-Rechnung</b> <input type="checkbox"/> <b>Debit Direct Post (DD)**</b> Anmeldung erfolgt durch Sie auf Ihrem <input type="checkbox"/> Einzahlungsschein (ESR)    Online-Banking-Portal (Informationen finden Sie unter <a href="http://www.helsana.ch/e-rechnung">www.helsana.ch/e-rechnung</a> ) ** Formular erhalten Sie separat <input type="checkbox"/> Kollektiv-Sammelinkasso (SIZ)
Gewünschter Zahlungsrhythmus	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> halbjährlich (0,5 % Skonto) <input type="checkbox"/> zweimonatlich <input type="checkbox"/> jährlich (1 % Skonto) <input type="checkbox"/> vierteljährlich
<b>Kontoverbindung für Prämien- und Leistungsrückerstattung</b>	Vorname, Name Kontoinhaber
	Name der Bank
	Adresse der Bank
	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"/>
	Postkonto-Nr.
<b>Angaben für Grenzgänger (BILAS)</b>	Firmenname
Adresse Arbeitgeber	Strasse, Nr.
	PLZ, Ort



## Ihr Versicherungsangebot bei Helsana Versicherungen AG Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG)

Zu versichernde Person Vorname, Name			Geburtsdatum
Versicherungen ab	Tag	Monat	Jahr

Prämienangebot für das Jahr 20 \_\_\_\_\_

			Prämie CHF
<input type="checkbox"/> BASIS – Obligatorische Krankenpflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		
Ordentliche Jahresfranchise	<input type="checkbox"/> Erwachsene CHF 300.–, Kinder CHF 0.–		
Wählbare Jahresfranchise Erwachsene	<input type="checkbox"/> CHF 500.–	<input type="checkbox"/> CHF 1000.– <input type="checkbox"/> CHF 1500.–	
	<input type="checkbox"/> CHF 2000.–	<input type="checkbox"/> CHF 2500.–	
Wählbare Jahresfranchise Kinder	<input type="checkbox"/> CHF 500.–		
<input type="checkbox"/> BeneFit PLUS	<input type="checkbox"/> telemedizinische Gesundheitsberatung		
	<input type="checkbox"/> Hausarzt/Gruppenpraxis		
<input type="checkbox"/> PREMED-24 <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HAV	Name Modell:		
<b>Bei BeneFit PLUS/HMO/HAV</b>	Vorname, Name Hausarzt		
Hausärzte sind Allgemeinpraktiker, Ärzte für Allgemeine Medizin, Innere Medizin sowie Kinderärzte (nur Listenärzte)	Strasse, Nr.		
	PLZ, Ort		

<b>Total Monatsprämie brutto KVG</b>	CHF
--------------------------------------	-----

Ich beantrage den Abschluss der aufgeführten Versicherungen (Versicherungsangebot).  
Ich bestätige, vor Einreichung dieses Antrages die einschlägigen Versicherungsbedingungen (VB) erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.  
Trägerin der Versicherungen und damit Versicherer ist die Helsana Versicherungen AG.

Ort und Datum	Unterschrift zu versichernde Person/gesetzlicher Vertreter
X _____	X _____

Ort und Datum	Unterschrift Berater	Vorname, Name Berater (in Blockschrift)
X _____	X _____	_____



## Ihr Versicherungsangebot bei Helsana Versicherungen AG Zusatzversicherungen (VVG)/ Freiwillige Taggeldversicherung (KVG)

**Zu versichernde Person** Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherungen ab \_\_\_\_\_ Vertragsdauer  1  3  5 Jahre

**Prämienangebot für das Jahr 20** \_\_\_\_\_ Kollektivvertrags-Nr. \_\_\_\_\_

				Rabatte MJ	Familie	Prämie CHF
Kranken- pflegezusatz	<input type="checkbox"/> TOP – Standardergänzung zur BASIS <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		1	2	
	<input type="checkbox"/> SANA – Natürliche Zusatzversicherung <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		1	2	
	<input type="checkbox"/> COMPLETA – Umfassende Zusatzversicherung <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		1	2	
	<input type="checkbox"/> PRIMEO – Ergänzungen im ambulanten Bereich <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		1	2	
Spitalzusatz	<input type="checkbox"/> HOSPITAL ECO – Allgemeine Abteilung ganze CH <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> ohne Unfall		1	2	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL PLUS – Halbprivate Abteilung ganze CH <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Bonus (ab Alter 50) JF CHF _____				
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL COMFORT – Private Abteilung ganze CH <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Mutterschaft allg. Abt. <input type="checkbox"/> ohne Unfall		1	2	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL FLEX – Flexible Zimmer- und Arztwahl <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Variante 1 <input type="checkbox"/> Variante 2 <input type="checkbox"/> ohne Unfall		1	2	
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL EXTRA – Spitalgeldversicherung <sup>3</sup>	Taggeldhöhe CHF _____		–	2	
Kapital- und Rechtsschutz	<input type="checkbox"/> PREVEA – Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität					
	<input type="checkbox"/> infolge Krankheit (PREVEA Krankheit)	Tod CHF _____ Invalidität CHF _____		–	–	
	<input type="checkbox"/> infolge Unfall (PREVEA Unfall)	Tod CHF _____ Invalidität CHF _____		–	–	
<input type="checkbox"/> Helsana Advocare PLUS – Rechtsschutzversicherung <sup>3</sup>	vorausgesetzt TOP oder COMPLETA		–	–		
Taggeld	<input type="checkbox"/> CASA – Haushalttaggeld-Versicherung <sup>3</sup>	Wartefrist _____ Tagesansätze _____		–	2	
	<input type="checkbox"/> SALARIA – Taggeldversicherung <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> KVG	Wartefrist _____ Tagesansätze _____				
	<input type="checkbox"/> VVG <input type="checkbox"/> ohne Unfall			–	–	
<input type="checkbox"/> VIVANTE – Langzeitpflege-Versicherung <sup>3</sup>	Variante _____		–	2		
<input type="checkbox"/> DENTApplus <sup>4</sup> – Zahnpflegeversicherung <sup>3</sup>	Variante _____		–	2		
<input type="checkbox"/> Andere Produkte	_____					
	_____					
	_____					
	_____					

<sup>3</sup> Karenzfrist gemäss den Angaben in den Versicherungsbedingungen

<sup>4</sup> Zusatzformular wird benötigt, ausser Variante 300

<b>Total Monatsprämie brutto</b>	CHF _____
– Familienrabatt <sup>2</sup> (5 % / 10 % auf bestimmte VVG Prod.)	% _____
– Kollektivrabatt gemäss Vertrags-Nr.	_____
– Mehrjahresrabatt <sup>1</sup> (3 % / 5 % auf bestimmte VVG Prod.)	% _____
<b>Total Monatsprämie netto</b>	CHF _____



Zu versichernde Person Vorname, Name	Geburtsdatum
Sind oder waren Sie jemals bei der Helsana-Gruppe versichert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Von _____ Bis _____
Beziehen Sie eine Rente, Taggelder oder andere Leistungen einer Sozialversicherung (IV, MV, SUVA, BVG-IV Rente oder andere Unfallrente)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann _____ Wofür _____

Ich beantrage den Abschluss der aufgeführten Versicherungen (Versicherungsangebot) und werde für die Zusatzversicherung nach VVG ein zusätzliches Formular (Gesundheitsdeklaration sowie weitere Fragen) ausfüllen und unterzeichnen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich ohne Ausfüllen und Unterzeichnen dieses zusätzlichen Formulars nur die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG abschliessen kann.

Ich bestätige, vor Einreichung dieses Antrages die einschlägigen Versicherungsbedingungen (AVB/ZVB/VB) und – sofern die Beratung durch Dritte oder Helsana-Mitarbeitende erfolgt ist – das Informationsformular nach VAG des Versicherungsberaters erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Trägerin der Zusatzversicherung nach VVG ist die Helsana Zusatzversicherungen AG.

Ort und Datum X _____	Unterschrift zu versichernde Person /gesetzlicher Vertreter X _____
Ort und Datum X _____	Unterschrift Berater X _____
	Vorname, Name Berater (in Blockschrift) _____



## Gesundheitsdeklaration für Krankenzusatz- und Taggeldversicherungen

Zu versichernde Person

Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

Vorname, Name

Was ist Ihre aktuelle Berufstätigkeit?

### Gesundheitsfragen

Jede der nachfolgenden Fragen muss von der zu versichernden Person/vom gesetzlichen Vertreter persönlich beantwortet werden. Leerlassungen sind nicht zulässig.

1 **Körperbau?** (Genauere Angaben keine «ca.-Werte»)

Grösse (cm)

Gewicht (kg)

2 a) Sind Sie zurzeit in Behandlung bzw. Kontrolle (Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeut etc.) oder steht eine solche bevor?

Ja  Nein

b) Wurde Ihnen eine Untersuchung/med. Abklärung empfohlen, jedoch noch nicht durchgeführt?

Ja  Nein

3 Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/zahn-ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt?

Zum Beispiel wegen Krankheit/Störung/Beschwerden:

a) der Atemwege/-organe?  Ja  Nein

b) des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems?  Ja  Nein

c) des Nervensystems oder der Psyche?  Ja  Nein

d) der Verdauungsorgane?  Ja  Nein

e) der Harn- oder Geschlechtsorgane?  Ja  Nein

f) der Haut oder Allergien?  Ja  Nein

g) der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?  Ja  Nein

h) des Stoffwechsels oder der Drüsen?  Ja  Nein

i) des Blutes oder Infektionskrankheiten?  Ja  Nein

j) der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?  Ja  Nein

k) Tumorleiden?  Ja  Nein

l) einer anderen oben nicht genannten Erkrankung, Gebrechen oder Missbildung?  Ja  Nein

Falls Sie unter 2a, 2b oder 3 eine oder mehrere der Fragen mit «Ja» beantwortet haben, bitte hier näher beschreiben

Frage?	Art der Krankheit/Störung (Diagnose), der Beschwerden oder Ergebnis/Grund der Behandlung/Kontrolle/Untersuchung?	Datum der letzten Behandlung?	Name und Adresse behandelnder Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeut, Spital?	folgenlos geheilt?
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4 Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen?

(Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei)

Ja  Nein

Art der Invalidität/des Geburtsgebrechens

5 Besteht eine Fehlstellung der Zähne?

Ja  Nein

Besteht eine Fehlstellung des Kiefers?

Ja  Nein

6 Sind Sie HIV-infiziert?

Ja  Nein

7 Nehmen/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet? (Ausgenommen Antibabypille)

Ja  Nein

Ja, welche?

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

8 Nehmen/nahmen Sie Drogen?

Ja  Nein

Ja, welche?

Wie oft? \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_



**Zu versichernde Person** Vorname, Name

Geburtsdatum

- 9 Trinken/tranken Sie regelmässig\* Alkohol?  Ja  Nein  
\*mehr als 0,5 l Wein oder 1 l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich
- 10 Rauchen Sie mehr als 20 Zigaretten, 6 Zigarren oder 4 Pfeifen pro Tag?  Ja  Nein
- 11 Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  
Ja, voraussichtlicher Geburtstermin?
- 12 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Kranken-/Unfall-/Lebensversicherer abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen?  Ja  Nein  
Ja, warum?
- 13 Name und Anschrift des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann?  
Name  
Strasse, Nr.  
PLZ, Ort

**Fragen bei Taggeld-/Langzeitpflegeversicherungen SALARIA/CASA/VIVANTE/HOSPITAL EXTRA**

- 14 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren Ihre berufliche Tätigkeit (Arbeit/Hausarbeit/Ausbildung) jemals länger als 3 Wochen zusammenhängend unterbrechen?  Ja  Nein  
Wenn ja:
- | Grund der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit? | Dauer in Wochen? | Datum Monat/Jahr? | Name und Adresse behandelnder Arzt, Zahnarzt, Naturarzt, Therapeut, Spital? | folgenlos geheilt?  |
|--|------------------|-------------------|---|---|
|  |                  |                   |   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|  |                  |                   |   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

**Fragen bei Taggeldversicherungen SALARIA**

- 15 a) Arbeitszeit pro Woche/Std.? Sind Sie?  selbständig  angestellt  arbeitslos
- b) Name des Arbeitgebers?
- c) Wieviel und wie lange erhalten Sie Ihren Lohn bei Krankheit, bzw. Unfall?  
Krankheit % Lohn für Monate, danach %  
Unfall % Lohn für Monate, danach %
- d) Besteht noch eine andere Taggeldversicherung?  Ja  Nein  
Ja, CHF pro Tag  für Krankheit  für Unfall

**Fragen bei Kapitalversicherung PREVEA**

- 16 Begünstigte im Todesfall  
 Die gesetzlichen Erben (gemäss VB)  
 Andere (bitte nebenstehend angeben)
- Vorname, Name  
Strasse, Nr.  
PLZ, Ort  
Geburtsdatum

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet habe und auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau meinen Angaben entsprechen.  
Mit meiner Unterschrift entbinde ich Leistungserbringer, Krankenversicherer, Vertrauensärzte und andere zuständige Stellen von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber den Helsana-Gruppengesellschaften sowie weiteren Versicherungsträgern gemäss den von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der beantragten Versicherung erforderlichen Auskünfte (für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung) zu erteilen. Zur Helsana-Gruppe gehören neben der Helsana Zusatzversicherungen AG, u.a. die Helsana Versicherungen AG, Helsana Unfall AG, Avanex Versicherungen AG, Progrès Versicherungen AG, Sansan Versicherungen AG, Maxi.ch Versicherungen AG.  
Für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung ermächtige ich für das Krankentaggeld nach KVG den zuständigen Krankenversicherer nach KVG und für die Zusatzversicherungen die Helsana Zusatzversicherungen AG und die Mitglieder der Helsana-Gruppe sowie deren Partnerunternehmen gemäss den von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und zu diesem Zweck zu bearbeiten.  
Diese Personendaten werden nur solange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie eine allfällige Wiedererwägung zu Gunsten eines vorerst abgelehnten Versicherungsinteressenten zwingend erfordern. Anschliessend werden die Personendaten wieder gelöscht.  
Ich bestätige, vor Einreichung des Antrages die entsprechenden Versicherungsbedingungen (AVB/ZVB/VB/BVB) für die beantragte Krankentaggeldversicherung nach KVG oder die beantragten Zusatzversicherungen sowie die Kundeninformation nach VVG sowie allfällige Produkteblätter und – sofern die Beratung durch Dritte oder Helsana-Mitarbeitende erfolgt ist – das Informationsformular nach VAG des Versicherungsberaters erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.  
Nachfolgende Einwilligung gilt für Zusatzversicherungsanträge inkl. Krankentaggeld nach VVG, hingegen nicht für Anträge für die Krankentaggeldversicherungen nach KVG:  
Ich bin damit einverstanden, dass ich regelmässig per SMS, E-Mail, Briefpost oder per Telefon über weitere Produkte und Angebote der Helsana-Gruppe, die auf meine individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein könnten, informiert und beworben werden kann und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Ferner bin ich auch damit einverstanden, dass ich regelmässig via SMS, E-Mail, Briefpost oder per Telefon über Produkte und Angebote von Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe, die auf der Website von Helsana aufgeführt sind, informiert und beworben werden kann und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Ich habe die auf der Website von Helsana enthaltenen Datenschutzbestimmungen für diesen Zusatznutzen zur Kenntnis genommen. Ferner bin ich auch über die dort aufgeführten Partnerunternehmen der Helsana-Gruppe orientiert. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einen allfälligen Widerruf meiner Einwilligung für die Bearbeitung von meinen Daten für die oben erwähnten Marketingzwecke schriftlich dem Kundendienst mitteilen muss.

Ort und Datum

Unterschrift zu versichernde Person/gesetzlicher Vertreter

X

X

