

# Versicherungsanmeldung

## für die Krankheits-Tod und Invaliditätsversicherung (KTI)

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

### Adresse

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

Telefonnummer privat \_\_\_\_\_

Sozialversicherungs- oder AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Gesundheitsfragen

Bei vorgeburtlicher Antragsstellung entfallen die Gesundheitsfragen und der Versicherungsschutz beginnt bereits am Tag der Geburt. Der Einschluss der Unfalldeckung 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

**Ergänzende Gesundheitsfragen und Unterschriften siehe Rückseite.**

### Gewünschte Versicherung

Die Todesfall- und Invaliditätsversicherung ist einzeln wie auch kombinierbar 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

### Versicherungssumme CHF:

Für ein Kind bis einschliesslich Tarifalter 3 kann höchstens ein Todesfallkapital von CHF 2'500.– versichert werden.

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.

**Begünstigungsänderung:**  Ja  Nein

Soll die Begünstigungsordnung gemäss Ziffer 3.2.2 «AVB KTI» geändert werden, melden Sie bitte die zu Begünstigenden bei Aquilana schriftlich an.

**Invaliditätskapital:**  K  K + U

### Versicherungssumme CHF:

Bis 14. Altersjahr max. CHF 100'000.–.

### Versicherungsbeginn

Monat: 1. Jahr: \_\_\_\_\_

Die Aufnahme oder Anpassung der Versicherungssumme kann frühestens auf den folgenden Monatsersten erfolgen. Ausgenommen hiervon ist die Erstaufnahme unmittelbar nach Geburt.

**Verpfändung/Abtretung:**  Ja  Nein

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

KTI-Koll: Nr. 6905, BAG-Nr. 32

## Ergänzung zur Anmeldung

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

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit/Schule fernbleiben muss
- Taggelder infolge von Krankheit oder Unfall bezieht
- bei einer staatlichen Invalidenversicherung angemeldet ist (falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen 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 (ordentlicher vorzeitiger Rücktritt aus dem Erwerbsleben) – beschäftigt werden könnte.

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

Ja  Nein

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

Ja  Nein

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?

Ja  Nein

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

Ja  Nein

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

Ja  Nein

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

Ja  Nein

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

Ja  Nein

9. Haben Sie Drogen konsumiert?  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

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

Frage Nr. \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen, Zeitraum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte (Adresse) und Spitäler (Arzt oder Abteilung) angeben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Versicherungsschutz

Versicherer ist die Generali Personenversicherungs 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 Anfrage beim Arzt oder ärztliche Untersuchung). Bei Neugeborenen erlischt der Versicherungsschutz, wenn innert 2 Jahren ab Geburt ein Geburtsgebrechen, eine genetische Erkrankung oder ein genetischer Defekt festgestellt wird. Dies ist der Krankenkasse sofort zu melden.

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

**Ich habe zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass das Todesfallkapital für mein Kind ab dem Tarifalter 4 automatisch auf CHF 20'000.– erhöht wird.**

## 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 dafür, 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, sind auch diese Stellen in die Datenschutzpflichten eingebunden.

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

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

(Versicherte Person / Antragssteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in)