

Versicherungsnummer

Ausweisnummer

Geschäftsstellen-Nr.

## Versicherungsantrag

Neuaufnahme  Versicherungsänderung  Übertritt Einzel- in Kollektivvers.  Übertritt Kollektiv- in Einzelvers.

Name, Vorname

Geb.-Datum

männlich  weiblich

Zivilstand

Art der Tätigkeit/Beruf

Strasse

PLZ / ORT

Staatszugehörigkeit

Bisher versichert bei

Tel.:

Mobile:

E-Mail:

Arbeitgeber (Firmenname und Adresse):

### Prämienzahlung

monatlich  zweimonatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

### Zahlungsverfahren

LSV\*  BAD\*  Prämienrechnung  
(\*separates Formular ausfüllen)

**Zahlungsadresse für Rückerstattungen**  Postcheckkonto/Nr.

Name der Bank

Adresse der Bank

Bankkonto-Nr.

PC-Nr. der Bank

ADRA-Code

Bank-Clearing

**Versicherungsbeginn** \_\_\_\_\_

### Obligatorische Krankenpflegeversicherung FL

ja  nein

#### - Mit Unfalldeckung

ja  nein

#### - Wählbare Franchise Jugendliche und Erwachsene

CHF 400.-  CHF 600.-  CHF 1'200.-  CHF 1'500.-

### Monatsprämie

CHF \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

### Beitrittserklärung

Der/die Unterzeichnete erklärt, die seiner Versicherung entsprechenden Reglemente der CONCORDIA erhalten zu haben, und anerkennt diese in vollem Umfang.

Ort und Datum

Antragsstellerin/Antragssteller  
bzw. gesetzliche(r) Vertreterin/Vertreter



# Gesundheitserklärung

Bitte *nicht* ausfüllen, wenn Sie nur die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) wünschen.

Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	Nähere Angaben
1. a) Bestehen gegenwärtig gesundheitliche Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Welche?</b>
b) Sind Sie aktuell in Behandlung/Kontrolle (Arzt, Naturarzt, Therapeut oder andere?) oder steht eine solche bevor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Grund, Dauer</b> <span style="float: right;"><b>Arzt?</b></span>
c) Bestand während der letzten 5 Jahre länger als 4 Wochen Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Weshalb, Dauer: von bis,</b> <span style="float: right;"><b>Arzt?</b></span>
<b>2. Bestehen oder bestanden jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</b>			<b>Welche? Wann? Wie lange? Geheilt? Behandelnder Arzt/Adresse</b> Diese Ergänzungen sind bei jeder mit "ja" beantworten Frage (2a-2l) vorzunehmen.
a) der <b>Atmungsorgane</b> , wie Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) des <b>Herzens</b> , wie erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) der <b>Blutgefäße</b> , wie Krampfadern, Venenentzündung, Beingeschwüre, Arterienverengung oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) der <b>Psyche</b> , wie Depressionen, Neurosen, vegetative Störungen, Ess- und Schlafstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) des <b>Nervensystems</b> , wie Epilepsie, Lähmungen, Migräne, Schlaganfall oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) der <b>Verdauungsorgane</b> , wie Magen- oder Darmgeschwüre, Blutungen, Hämorrhoiden, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) der <b>Harn- oder Geschlechtsorgane</b> , wie Steinleiden, Inkontinenz, Prostata oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) des <b>Stoffwechsels oder des Blutes</b> , wie Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Drüsen- oder Hormonstörungen oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) der <b>Haut</b> , wie Ekzem, Allergien, Psoriasis, Hautkrebs oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) des <b>Bewegungsapparates</b> (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen), wie z.B. Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma, Ischias oder andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) <b>andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</b> , nach denen oben nicht gefragt wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sind Sie in Spitälern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht, behandelt oder operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Grund? Welche? Wann?</b>
4. Wurden Ihnen Kuren verschrieben oder sind solche vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Grund? Welche? Wann?</b>
5. Ist eine Operation oder Abklärung geplant bzw. empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Welche?</b> <span style="float: right;"><b>Beh. Arzt/Adresse?</b></span>
6. Bestehen Krankheits- oder Unfallfolgen, Missbildungen, Geburtsgebrechen usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Welche?</b>
7. a) Sind Sie gegenwärtig in zahnärztlicher Behandlung oder steht eine solche bevor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Haben Sie Kenntnis, dass eine Zahn- oder Kiefer- fehlstellung besteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Wurden Sie vom Zahnarzt über die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Abklärung bzw. Behandlung orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Wurde ein HIV-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wann zuletzt?</b> <b>Resultat: negativ</b> <input type="checkbox"/> <b>positiv</b> <input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen	nein	ja	Nähere Angaben
9. Bestehen oder bestanden Abhängigkeiten von Alkohol, Medikamenten, Drogen oder anderen Suchtmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? Wann?
10. Ist eine Anmeldung bei der IV erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, bitte eine Kopie der IV-Verfügung beilegen
11. Beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, von welcher Versicherung? <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> andere:
12. Grösse/Gewicht			Körpergrösse _____ cm    Gewicht _____ kg
13. Wurde ein Antrag durch einen anderen Versicherer abgelehnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb?
14. Name und Adresse des Hausarztes			
<b>Fragen für weibliche Personen</b>			
15. a) Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geburtstermin?
b) Besteht ungewollte Kinderlosigkeit (Sterilität)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beh. Arzt/Adresse?
c) Leiden oder litten Sie an einer gynäkologischen Erkrankung oder an einem Brustleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genauere Bezeichnung? Wann?
<b>Selbstständig Erwerbende</b>			
16. Besteht zusätzlich eine Taggeldversicherung bei einem anderen Versicherer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welchem Umfang?

### Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit den Abschluss bzw. die Änderung der Versicherungen gemäss Seite 1 und 2. Die Fragen der Gesundheitserklärung habe ich wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet. Ich bestätige, die anwendbaren Versicherungsbedingungen und Reglemente der CONCORDIA erhalten zu haben, und anerkenne diese in vollem Umfang. Ich ermächtige die von der CONCORDIA angefragten Ärzte/Ärztinnen, Spitäler, medizinischen Institutionen und Versicherungseinrichtungen, die zur Antragsprüfung benötigten Auskünfte zu geben.

Ort und Datum

Antragstellerin/Antragsteller  
bzw. der/die gesetzliche Vertreterin/Vertreter  
Unterschrift

---

Von der Agentur auszufüllen:		
Agentur/Geschäftsstelle	Datum _____	Unterschrift _____
Hauptsitz	Datum _____	Visum _____