

ANTRAG FÜR EINZEL-UNFALLVERSICHERUNG

Policen-Nr. _____

Neuantrag

Ersatzantrag _____

Fragen mit sind durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes zu beantworten

1 VERSICHERUNGSNEHMER

Herr Frau

Name/Vorname _____

Beruf/Erwerbsart _____

2. Namenszeile _____

Telefon P _____ G _____

Strasse, Nr. _____

Bankkonto/Bank _____

Postleitzahl/Ort _____

Postcheckkonto _____

2 VERSICHERTE PERSON

Name/Vorname _____

Beruf/Erwerbsart _____

Adresse
(sofern nicht identisch mit
Versicherungsnehmer) _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht männlich weiblich

Körpergrösse _____ cm _____ kg

Sind noch weitere Personen zu versichern? Ja Nein

Wenn ja, wieviele? _____

(Für jede dieser Personen ist ein weiterer Antrag zu verwenden.)

3 GESUNDHEITSFragen UND UNFALLVERSICHERUNGEN

Haben Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten?

Ja Nein

Welche?

Bestehen noch Folgen dieser Unfälle?

Ja Nein

Welche?

Fehlen Ihnen Organe oder andere Körperteile oder sind solche ganz oder teilweise gebrauchsunfähig?

Ja Nein

Welche?

Haben oder hatten Sie Gebrechen irgendwelcher Art (auch von geringer Bedeutung)?

Ja Nein

Welche?

Sind oder waren Sie schon gegen Unfälle versichert?

Ja Nein

Gesellschaft?

Wenn ja, bleibt diese Versicherung bestehen?

Ja Nein

Zu welchen Leistungen/Summen?

Ist Ihnen in den letzten fünf Jahren ein Antrag für eine Unfallversicherung abgelehnt oder eine Unfallversicherung gekündigt worden?

Ja Nein

Gesellschaft, warum?

4 VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Tarifausgabe _____ <input type="checkbox"/> Todesfallkapital CHF _____ <input type="checkbox"/> Invaliditätskapital CHF _____ <input type="checkbox"/> Taggeld CHF _____ CHF _____ <input type="checkbox"/> Spitaltaggeld CHF _____ <input type="checkbox"/> Heilungskosten in Ergänzung zur Krankenkasse oder obligatorischen Unfallversicherung	Altersgruppe _____ Variante A (225%) <input type="checkbox"/> Variante B (350%) <input type="checkbox"/> _____ ab _____ Tag ab _____ Tag <input type="checkbox"/> versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert Zwischentotal versicherte Person Total Familienmitglieder Total gesamte Familie ./ Familienrabatt von 10% Total Jahresprämien (Minimalprämie CHF 100.–)	Gefahrenklasse _____ Jahresprämien CHF _____ CHF _____ CHF _____ CHF _____ CHF _____ CHF _____ CHF _____ CHF _____ CHF _____ CHF _____ CHF _____
--	--	--

5 BEMERKUNGEN

6 VERTRAGSDATEN

Beginn _____ Ablauf _____ Prämienverfall **01.** _____ AVB-Ausgabe _____

7 ZAHLUNGSART

jährlich halbjährlich vierteljährlich

Eine unterjährige Zahlung kann nur gegen Ratenzuschlag von CHF 10.– vereinbart werden, vorausgesetzt die einzelne Rate beläuft sich auf CHF 150.–.

Die zu versichernde Person erklärt hiermit, dass die vorstehenden Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet sind. Der Antragsteller hat davon Kenntnis genommen, dass die SOLIDA im Falle von falschen Erklärungen nicht an den Vertrag gebunden ist, wenn sie in-ner vier Wochen, seit sie von dieser Tatsache Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt (Art.6, VVG).

Der Antragsteller bescheinigt, ein Exemplar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für eine Einzel-Unfallversicherung erhalten zu haben. Besondere Abmachungen zwischen dem Antragsteller und dem Agenten sind für die SOLIDA nur bindend, sofern sie von ihr schriftlich nieder-gelegt sind. Der Antragessteller ist 14 Tage von der Übergabe oder der Absendung des Antrages an die SOLIDA oder deren Vertreter an gerechnet an seinen Antrag gebunden.

Die zu versichernde Person ermächtigt ausdrücklich die SOLIDA, von den sie behandelnden Ärzten jede benötigte Auskunft über den Ge-sundheitszustand einzuholen und ermächtigt dieselben Ärzte, auf jede von der SOLIDA gestellte Frage zu antworten.

	Ort	Datum	Unterschrift
Versicherte Person	_____	_____	_____
Gesetzlicher Vertreter oder Ehegatte des Versicherten	_____	_____	_____
Versicherungsnehmer	_____	_____	_____
Agent/Gesellschaftsvertreter	_____	_____	_____

BEILAGEN

_____ Anzahl Anträge