

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 _____ Geburtsdatum _____
(sofern nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

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 _____

Altersgruppe _____

Gefahrenklasse _____

Todesfallkapital

CHF _____

Jahresprämien

CHF _____

Invaliditätskapital

CHF _____

CHF _____

CHF _____

Taggeld

CHF _____

ab _____ Tag

CHF _____

CHF _____

ab _____ Tag

CHF _____

Spitaltaggeld

CHF _____

CHF _____

Heilungskosten

in Ergänzung zur Krankenkasse oder obligatorischen Unfallversicherung

versichert nicht versichert

CHF _____

Zwischentotal versicherte Person

CHF _____

Total Familienmitglieder

CHF _____

Total gesamte Familie

CHF _____

./ Familienrabatt von 10%

CHF _____

Total Jahresprämien
(Minimalprämie CHF 100.–)

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