

Versicherungsanmeldung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Einzelpolice

Familienpolice

Bitte «Vollmacht zur Antragstellung und Versicherungsadministration im Verbund» beilegen.

1 Angaben zum aktuellen Krankenversicherer

Name Ihres aktuellen Grundversicherers _____

Kündigung durch: SWICA Vermittler/in Kunde/Kundin

2 Antragsteller/in

In welcher Sprache wünschen Sie die Unterlagen? Deutsch Französisch Italienisch Englisch

Name _____

Vorname _____

Versicherten-Nr. SWICA _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht männlich weiblich

Nationalität _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort/Land _____

Korrespondenzadresse/Postfach _____

Telefon (tagsüber erreichbar) _____

E-Mail _____

Aufenthalts-/ B C L G F N S Ci Sans-Papiers

Niederlassungsbewilligung Diplomat oder Person mit Vorrechten nach internationalem Recht (KVV Art. 6)

Status bei Auslandsaufenthalt Entsandte Grenzgänger Rentner (AHV/IV)/arbeitslos Familienangehörige

Hauptwohnsitz Schweiz Ausland

3 Antragsteller/in (Zuzug aus dem Ausland oder Grenzgänger/in)

Datum der Anmeldung _____ Arbeits-/Bewilligungsbeginn _____

Einwohnerkontrolle für Zuzüger/innen* Ja Nein
 für Grenzgänger/innen* Haben Sie nichterwerbstätige Familienangehörige? Ja Nein

* Der effektive Versicherungsbeginn kann je nach Personengruppe oder Aufenthaltsdauer vom eingetragenen Datum abweichen.

Bitte Kopie der entsprechenden Dokumente beilegen: Aufenthaltsbewilligung, Anmeldung Gemeinde, Grenzgängerbewilligung, Legitimationskarte, Arbeitsvertrag etc.

Beziehen Sie einen Lohn, eine Rente oder sonstige Geldleistungen aus dem Ausland? Ja Nein

Wenn ja, aus welchen Ländern? _____

Wurden Sie bei der Einreise in die Schweiz von der Versicherungspflicht befreit? Ja Nein

Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie der Befreiungsverfügung bei.

4 Angaben zur Arbeitssituation

Beziehen Sie Leistungen von der Arbeitslosenversicherung? (ALV)

Ja Nein

Sind Sie mindestens 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber angestellt?

Ja Nein

5 Zahlungsangaben

5.1 Gewünschte Zahlungsart für Prämien und Kostenbeteiligungen (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Prämienzahlung E-Rechnung/eBill* Lastschriftverfahren/Debit Direct** Einzahlungsschein (ESR)

Prämieninkasso Firma

Rechnungsstellung Prämien monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zahlung der Kostenbeteiligung E-Rechnung/eBill* Lastschriftverfahren/Debit Direct** Einzahlungsschein (ESR)

* Bitte registrieren Sie sich nach Erhalt Ihrer Versicherungspolice bei Ihrer Bank/Post für E-Rechnung/eBill.

** Bitte Lastschriftverfahren-/Debit-Direct-Formular ausgefüllt beilegen.

Bis zur Freigabe der LSV-Belastungsermächtigung durch Ihre Bank stellen wir Ihnen zur Begleichung der Prämien und Kostenbeteiligungen Einzahlungsscheine (ESR) zu.

5.2 Konto für Gutschriften (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Kontoinhaber/in

IBAN (Bank oder Post)

CH _____

6 Persönliche Versicherungslösung (Krankenpflegeversicherung nach KVG)

Grundversicherungsmodell */**

Medbase Gesundheitszentrum/SWICA-Partnerpraxis/

Name Hausarzt/Ort

Franchise in CHF _____ Unfall Ja Nein Region _____ Versicherungsbeginn (Tag/Monat/Jahr) _____ Monatsprämie in CHF _____

Offertstellung unter Vorbehalt allfälliger Prämienänderungen.

Besondere Bemerkungen:

* Versicherungsträger SWICA Krankenversicherung AG

** Versicherungsträger PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Erklärung zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Geschätzte Kundin, geschätzter Kunde

Herzlichen Dank, dass Sie sich für SWICA entschieden haben. Um Ihren Antrag zu vervollständigen, bitten wir Sie, nachfolgende Bestimmungen zu lesen und wo nötig und gewünscht Ihr Einverständnis durch Ankreuzen zu signalisieren und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Verständniserklärung zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Mit der Einreichung der Aufnahmeerklärung beantragen Sie die Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG. Sie bestätigen damit, dass die Angaben in der Aufnahmeerklärung korrekt und vollständig sind.

Sie haben rechtsverbindlich die AVB und die ZB, die integraler Bestandteil des Versicherungsvertrags sind, akzeptiert sowie die Datenschutzerklärung von SWICA zur Kenntnis genommen. Als Versicherte/r in einer Versicherung mit besonderer Versicherungsform haben Sie zugesagt, alle Behandlungen und Untersuchungen gemäss den jeweiligen Vorgaben durchzuführen.

Datenbearbeitung im Rahmen der Vertragsabwicklung

Im Rahmen der Versicherungsvertragsabwicklung nach KVG bearbeitet SWICA die Daten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

Datenaustausch innerhalb der SWICA-Gruppe im Rahmen der Vertragsabwicklung

Um eine speditive Vertragsabwicklung zu garantieren, wird SWICA die bearbeiteten Daten inklusive allfälliger Gesundheitsdaten im Rahmen der Durchführung des Vertrags innerhalb der Organisationseinheit des zuständigen Versicherungsträgers sowie unter den im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften der SWICA-Gruppe austauschen und verwenden.

Weitere Datenbearbeitungen

Falls Sie damit einverstanden sind, wird die SWICA Versicherungen AG die Daten bearbeiten, um Marketingaktivitäten durchzuführen (unter Marketingaktivitäten versteht SWICA Marktforschung, umfassende Betreuung, Beratung und Information über das Dienstleistungsangebot, Vorbereitung und Erbringung massgeschneiderter Dienstleistungen, z.B. Werbung im Print- und Online-Bereich, Unterbreitung von Höherversicherungsangeboten aufgrund statistischer Werte, Kunden-, Interessenten- oder Kulturanlässe, Sponsoring, Ermittlung der Kundenzufriedenheit, künftiger Kundenbedürfnisse oder des künftigen Kundenverhaltens oder Beurteilung eines Kunden-, Markt- oder Produktpotenzials). Dazu werden die Daten der SWICA Krankenversicherungen AG der SWICA Versicherungen AG bekannt gegeben.

Weitere Informationen zur Datenbearbeitung

Für jegliche weitere Information zur Datenbearbeitung und zu allfälligen Auftragsdatenbearbeitern, zu den Rechtsgrundlagen und den Zwecken der Datenbearbeitung sowie den Rechten, die Sie als betroffene Person in Bezug auf die Datenbearbeitung haben, wird auf die Datenschutzerklärung von SWICA (auch unter www.swica.ch/datenschutz) verwiesen.

Einverständniserklärung

- Ich wurde über alle für das Versicherungsverhältnis relevanten Bestimmungen wie die relevanten AVB und ZB und allfällige besondere Vereinbarungen informiert und erkläre mich damit vollständig einverstanden.
- Ich bin mit der Datenbearbeitung für Marketingaktivitäten einverstanden.

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name und Unterschrift Berater(in)

Nummer Vertriebspartner

- Abgegebene Beilagen: Leistungsübersicht AVB/ZB Informationspflicht (Art. 45 VAG)
- Merkblätter/Flyer Datenschutzerklärung