

# Beratungsprotokoll

Datum der Beratung \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer/in** (in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

## Weitere Familienmitglieder

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

---

**Ich/Wir wurde/n vor Abschluss des/der Versicherungsantrags/anträge über nachfolgende Punkte ausführlich beraten/informiert und nehme/n diese zur Kenntnis bzw. bin/sind damit vollständig einverstanden** (besprochene Punkte bitte ankreuzen):

## Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG)

Bedingungen des/der gewählten Versicherungsmodelle/s (FAVORIT-Modelle)

Gewählte Franchise und die daraus entstehenden maximalen jährlichen Kosten

## Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

SWICA-Abschlussaltertarif/Lebensaltertarif

Rechte/Pflichten BENEVITA Bonusprogramm

Selbstbehalt bei den Produkten COMPLETA TOP, OPTIMA und HOSPITA (inkl. Variante HOSPITA FLEX)

Die gesetzlich/vertraglich festgelegte Kostenbeteiligung sowie die Anrechnung der Kostenbeteiligung der Grundversicherung an diejenige der SWICA-Zusatzversicherungen

Karenzfrist bei Mutterschaft bei den Produkten HOSPITA, HOSPITA PLUS und GLOBAL CARE (360 Tage ab Antragsunterzeichnung)

Folgen bei vertragswidrigem Verhalten und bei nicht wahrheitsgetreuen Angaben zur Beurteilung des Risikos, zur Person sowie zur Gesundheit (Anzeigepflichtverletzung)

Kunde verzichtet ausdrücklich auf Zusatzversicherungen nach VVG bei SWICA

## Verschiedenes

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass der Beratungstermin, der zum Antrag führt, nicht aufgrund einer telefonischen Kaltakquise zustande gekommen ist.

Hiermit bestätige/n ich/wir, die folgenden Informationen erhalten zu haben:

Informationen gem. Art. 3 Versicherungsvertragsgesetz (insbesondere zu: versicherten Risiken, geschuldeten Prämien und weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers, Umfang der Deckung und Leistung [inkl. Ein-/Ausschluss Unfalldeckung], Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrags)

Informationen zur Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck und Art der Datensammlung sowie Empfänger und Aufbewahrung der Daten

Die relevanten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Zusatzbedingungen, allfällige zusätzliche Versicherungsbedingungen sowie allfällige besondere Bestimmungen

Informationen gemäss Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes

## Datenschutz

Die Datenschutzerklärung wurde an den Kunden abgegeben oder es wurde dem Kunden ein Zugang zur Datenschutzerklärung gewährleistet.

Besondere Bemerkungen:

---

Die unterzeichnende/n Person/en bestätigt/bestätigen hiermit, von der beratenden Person über die in diesem Formular angekreuzten Punkte umfassend informiert worden zu sein und dass sie diese verstanden und vollständig akzeptiert hat/haben.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer(in)

Unterschrift Ehe-/Partner(in)

Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

Name und Unterschrift des Beraters