

Anmeldung

Für die Krankenzusatzversicherung ECO per _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Stellung/Beruf: _____

Arbeitgeber/Departement: _____ Abteilung: _____

Datum der Anstellung: _____

- Spätestens **bis zum zurückgelegten 55. Altersjahr** können Mitarbeitende, die für mehr als 6 Monate angestellt sind, in Ergänzung zur obligatorischen Unfallzusatzversicherung eine Zusatzversicherung für Leistungen bei Krankheit freiwillig abschliessen.
- Der/die Unterzeichnende wünscht, sich auf den nächstfolgenden Termin für die Krankenzusatzversicherung ECO zu versichern.
- Die Aufnahme erfolgt jeweils auf den ersten des folgenden Monats ab Eingang dieser Anmeldung bei der UVK.
- Ein Leistungsanspruch besteht ausschliesslich nach Abzug des ersten Prämienbetrages.
- Von diesem Angebot ausgeschlossen sind Lernende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie Volontärinnen und Volontäre.
- Teilzeitbeschäftigte haben die Prämien auf der Basis eines hundertprozentigen Beschäftigungsgrades zu bezahlen.
- **Der ausgefüllte Antrag muss dem Arbeitgeber (HR) zur Einholung von Stempel und Visum unterbreitet werden.** Dieser stellt danach das Formular der UVK zu.

Ort und Datum:

Unterschrift Antragsstellerin bzw. Antragssteller:

Ort und Datum:

Stempel und Visum Arbeitgeber (HR):

Bitte auf der Rückseite fortfahren



Angaben über den Gesundheitszustand: Darf **frühestens** 6 Monate vor Versicherungsbeginn ausgefüllt werden.

→ Bitte bei jeder Frage ein Kästchen ankreuzen. Wenn «Ja» angekreuzt, zusätzliche Angaben ergänzen.

1. Waren Sie in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?	Nein ☐ Ja ☐ → Wenn ja, bitte um folgende Angaben: Zeitraum: _____ Grund: _____ Wo und wann in ärztlicher Behandlung: _____ _____
2. Leiden Sie zurzeit an einer Krankheit oder an Unfallfolgen?	Nein ☐ Ja ☐ → Wenn ja, bitte um folgende Angaben: Seit wann: _____ Grund: _____ Wo und wann in ärztlicher Behandlung: _____ _____
3. Haben oder hatten Sie je Gesundheitsstörungen auf einem der folgenden Gebiete? • Atmungsorgane (z.B. chron. Bronchitis/Asthma) • Diabetes • Zähne/Zahnfleisch • Fehlstellung von Zähnen oder Kiefer • Ohren/Gehör • Augen Bestand oder besteht ein Tumorleiden? Besteht oder bestanden sonstige Leiden oder Beschwerden?	Nein ☐ Ja ☐ → Wenn ja, bitte um folgende Angaben: Welche Leiden, wo und wann in ärztlicher Behandlung: _____ _____ _____ _____ _____ _____
4. Ist eine Spitalbehandlung oder sonstige ärztliche Behandlung demnächst vorgesehen?	Nein ☐ Ja ☐ → Wenn ja, bitte um folgende Angaben: Name/Adresse Ärztin/Arzt oder Spital und Art der Behandlung: _____ _____
5. Bestehen weitere Versicherungen für Bade- bzw. Erholungskuren, Zahnbehandlungen, Brillen, Hörgeräte, Präventivmassnahmen?	Nein ☐ Ja ☐ → Wenn ja, Name der Versicherungsgesellschaft: _____ _____

6. Beitrittserklärung

Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe. Ich nehme davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben den Entzug von Kassenleistungen zur Folge haben. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Ärzten oder Krankenkassen über die Gesundheitsverhältnisse nötigenfalls Auskunft eingeholt werden darf, soweit es zur Klärung allfälliger Vorbehalte nötig ist.

Ort/Datum:

Unterschrift der Versicherungsnehmerin bzw. des Versicherungsnehmers:

Bitte leer lassen

Empfehlung Beratende/r Arzt/Ärztin: Aufnahme ohne Vorbehalt ☐
Aufnahme mit Vorbehalt ☐
Keine Aufnahme ☐

Datum und Visum Beratende/r Arzt/Ärztin:

Datum und Visum UVK:
