

Antrag für den International Health Plan (IHP)

Dieses Formular ist durch die antragstellende Person, beziehungsweise deren gesetzliche Vertretung auszufüllen.
Alle zutreffenden Fragen sind vollständig zu beantworten und das Formular an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte
Adresse zu senden. Bei Fragen hilft die Agentur IHP +41 58 277 16 87 gerne weiter. Vielen Dank.

1 Personalien

1.1 Zu versichernde Person

Kundennummer Geschlecht Weiblich Männlich Zivilstand

Name Vorname Geburtsdatum

Nationalität Sprache Deutsch Französisch Italienisch Englisch

Zur Zeit ausgeübte Tätigkeit

Auslandadresse (sofern bereits bekannt)

Strasse, Hausnummer Zusatzadresse PLZ/Ort

Ausland-Wohnsitzland (Abmeldebestätigung der Schweizer Einwohnerkontrolle beilegen.)

Ausland-Telefonnummern (sofern bereits bekannt)

Privat Mobile Geschäft

E-Mail Privat Geschäft

Ich bin mit der Datenübermittlung von schützenswerten Daten (z. B. Leiden/Diagnosen etc.) per E-Mail einverstanden. Ja Nein

Handelt es sich beim geplanten Auslandsaufenthalt um eine Entsendung*? Ja Nein

Falls ja: Der IHP ist für Entsandte, im sozialversicherungsrechtlichen Sinne, nicht abschliessbar.

(* Entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bleiben in jedem Fall dem Arbeitsvertrag unterstellt, den sie mit ihrem Schweizer Arbeitgeber abgeschlossen haben. Sie bleiben ebenfalls den Sozialversicherungen der Schweiz unterstellt.)

1.2 Korrespondenzadresse (wenn nicht identisch mit «1.1 Zu versichernde Person»)

Name Vorname

Strasse, Hausnummer Zusatzadresse

PLZ/Ort Land

Kundennummer Telefonnummern Privat Mobile Geschäft

2 Zahlungsverkehr

Ohne Kontoverbindung können wir keine Auszahlungen vornehmen.

2.1 Prämienzahler*

Versicherte Person

Anderer Prämienzahler

Vorname

Name

Kundennummer

Strasse, Hausnummer/Postfach

Adresszusatz

PLZ/Ort

Zahlung per Lastschriftverfahren

Gutschrift auf Konto

IBAN

Name Ihres Finanzinstituts

Zahlung per Einzahlungsschein (nur mit Schweizer Korrespondenzadresse möglich)

Prämienfälligkeit Halbjährlich Jährlich (Skonto) Monatlich (Option nur mit LSV möglich)

Möchten Sie Ihre Prämien per E-Rechnung bezahlen, können Sie dies selbst in Ihrem eBanking-Portal einrichten. Kontaktieren Sie bei Problemen Ihr Finanzinstitut.

*vgl. css.ch/vertragsrollen

2.2 Leistungsempfänger*

Gutschrift gemäss Konto Ziffer 2.1

Kostenbeteiligung gemäss Konto Ziffer 2.1

Versicherte Person

Anderer Leistungsempfänger

Vorname

Name

Kundennummer

Strasse, Hausnummer/Postfach

Adresszusatz

PLZ/Ort

Gutschrift auf Konto

Kostenbeteiligung per Lastschriftverfahren

IBAN

Name Ihres Finanzinstituts

Kostenbeteiligung per Einzahlungsschein (nur mit Schweizer Korrespondenzadresse möglich)

Möchten Sie Ihre Prämien per E-Rechnung bezahlen, können Sie dies selbst in Ihrem eBanking-Portal einrichten. Kontaktieren Sie bei Problemen Ihr Finanzinstitut.

*vgl. css.ch/vertragsrollen

3 Beginn / Franchise / Prämie

Vertragsbeginn

ab (Mindestvertragsdauer 1 Jahr, kündbar jeweils auf Ende eines Kalenderjahres)

Franchisenvariante ambulant CHF 300/stationär CHF 1000

ambulant CHF 900/stationär CHF 3000

Monatsprämie (Krankheit und Unfall)

Prämie in CHF

Allgemeine Gesundheitsdeklaration

Gesundheitsfragen beziehen sich auf die zu versichernde Person

Personalien

Vorname

Name

Gesundheitsdeklaration

Bitte präzisieren Sie jede der Fragen 1, 2, 3, 7 welche Sie mit «Ja» (Details ↙) beantworten mit Angaben unter «Details zur Gesundheitsdeklaration».

*Erreicht Ihr Kind im Jahr des Versicherungsbeginns das angegebene Alter, so müssen die entsprechenden Fragen beantwortet werden.

- 1 Waren Sie in den letzten
- **10 Jahren** in stationärer Behandlung (Spital, Entzugsklinik, Kur, Rehabilitation usw.)?
 - **5 Jahren** bei einem Arzt (Hausarzt, Psychiater usw.) oder Therapeuten (Alternativmedizin, Physiotherapie, Ernährungsberatung usw.) oder wurde Ihnen eine Diagnose mitgeteilt?

Nein Ja (Details ↙)

Zum Beispiel wegen Krankheit oder Störung der Atemwege, Atemorgane; des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems; des Nervensystems oder der Psyche; der Verdauungsorgane; der Harn- oder Geschlechtsorgane; der Haut oder Allergien; der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule; des Stoffwechsels, des Blutes oder Infektionskrankheiten; der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase), Tumor- oder Krebsleiden; wegen Gewichtsproblemen; einer anderen Erkrankung, einem Unfall oder einer Missbildung.

- 2 Sind Sie zurzeit in Behandlung oder steht eine solche bei einem Arzt, Zahnarzt und/oder Therapeuten bevor (inkl. Abklärung, Operation, alternative Behandlung, Prävention, Kontrolluntersuchung usw.)?

Nein Ja (Details ↙)

Wurde Ihnen ein Implantat oder Fremdkörper eingesetzt (Brustimplantate, Prothesen, Gelenkersatz, Magenband, Stent usw.)?

Nein Ja (Details ↙)

- 3 Nehmen Sie zurzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, Name der Medikamente unter Detailfragen nennen.

Nein Ja (Details ↙)

- 4 Wurde bei Ihnen HIV mittels Test nachgewiesen?

Nein oder kein Test gemacht
 Ja

- 5 Nehmen oder nahmen Sie Drogen ein (Kokain, Heroin, Betäubungsmittel usw.)?

Nein Ja

Wenn ja, Name der Drogen, wie oft und Zeitraum nennen

* 12. Altersjahr

Vorname

Name

Trinken oder tranken Sie regelmässig mehr als 0.5l Wein oder 1l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich?

Nein Ja

* 12. Altersjahr

Haben Sie in den letzten 5 Jahren geraucht?

Nein Ja

* 12. Altersjahr

Wenn ja, Anzahl Zigaretten pro Tag

Ich habe damit gänzlich aufgehört seit (Monat/Jahr):

Wenn ja, Anzahl Zigarren, Pfeifen usw. pro Woche

Ich habe damit gänzlich aufgehört seit (Monat/Jahr):

Wenn ja, Anzahl Joints pro Woche

Ich habe damit gänzlich aufgehört seit (Monat/Jahr):

6

Körpergrösse:

cm

Aktuelles Körpergewicht:

kg

*6. Altersjahr

Frauen: Bei Schwangerschaft Körpergewicht unmittelbar davor:

kg

(Für Mutterschaft gilt eine Karenzfrist von 9 Monaten, von Beginn der Versicherungsdeckung an gerechnet.)

7

Beziehen Sie zurzeit oder bezogen Sie in den letzten 5 Jahren ein Taggeld, eine Rente oder Leistungen einer anderen Versicherung (z.B. IV, UV, MV, Krankentaggeld usw.)? Wenn ja, ist eine Kopie des Entscheides beizulegen (z.B. IV-Bescheinigung).

Nein Ja (Details ↵)

Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig oder besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit?

Nein Ja (Details ↵)

8

Wurden bereits Versicherungsanträge von einer Lebens-, Unfall- oder Krankenversicherung abgelehnt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen (z.B. Deckungsausschluss)?

Nein Ja

Wenn ja, weshalb und bei welchem Versicherer:

9

Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Krankengeschichte informiert ist:

Details zur Gesundheitsdeklaration

Bezieht sich auf die Frage Nr.	Diagnose	Körperteil Lokalisation: links/rechts	Grund, Ursache, Hinweise, Bemerkungen, Symptome	Häufigkeit (einmalig, alle 3 Wochen, dauernd, etc.)	Behandlung, Beschwerden (jeweils Monat /Jahr) von bis		Behandlungsart (operiert, Physiotherapie, Spiegelung, Röntgen, CT, Medikamente, etc.)	Behandlung erfolgte durch (Name und Adresse)	Absolut folgenlos ausgeheilt?
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
									<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Vorname

Name

Die antragstellende Person oder deren gesetzliche Vertretung

Ort

Datum

Wichtige Bestimmungen VVG

Ich bestätige, dass bestehende Versicherungen in unveränderter Form bestehen bleiben. Ich wünsche, mit der CSS Versicherung AG (nachfolgend «Versicherer» genannt) einen / mehrere Vertrag / Verträge in der beantragten Form abzuschliessen, wobei ich mit der Zustimmung zum vorliegenden Antrag akzeptiere, dass im Fall der Annahme für jede Zusatzversicherung ein separater Vertrag mit dem Versicherer abgeschlossen wird.

Ich erkläre mich für 14 Tage (bei ärztlichen Untersuchungen für 4 Wochen) an den Antrag gebunden und verpflichte mich im Fall eines Vertragsabschlusses zur Bezahlung der Prämien bis zum Ablauf der Versicherung.

Ich bestätige, dass meine Angaben in diesem Antragsformular – auch wenn die Antworten von der Kundenberaterin / vom Kundenberater, vom Vermittler oder durch Dritte niedergeschrieben wurden – korrekt und wahrheitsgetreu sind. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung ist der Versicherer gemäss den geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, den Vertrag zu kündigen.

Ich bestätige, alle relevanten AVB, Zusatzbedingungen (ZB) sowie die Besonderen Bedingungen (BB) erhalten und in vollem Umfang anerkannt zu haben. Zudem bestätige ich, dass mir die Informationen gemäss Art. 3 VVG und Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) mittels Übersichtsblatt zur Kenntnis gebracht und übergeben wurden.

Bei Versicherungsänderungen gelten bestehende «Besondere Bedingungen» (wie Leistungsausschlüsse etc.) im gleichen Umfang auch im geänderten Produkt weiter. Ich verpflichte mich, ein Ausscheiden aus dem Versichertenkreis eines Rahmenvertrages zur Krankenzusatzversicherung dem Versicherer umgehend zu melden. Ich ermächtige den Versicherer zur Überprüfung der Zugehörigkeit zum Versichertenkreis eines Rahmenvertrages zur Krankenzusatzversicherung. Ich bestätige, über die Voraussetzungen von Bestand, Änderung und Verlust der im vorliegenden Antrag aufgeführten und mich betreffenden Rabatte informiert worden zu sein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der CSS Versicherung AG soweit notwendig zur Antragsprüfung, zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung, für die Schadenbearbeitung, für Managed Care sowie für Marketing bearbeitet werden. Dazu kann die CSS Versicherung AG ein Profiling durchführen.

Zudem ermächtige ich die CSS Versicherung AG, soweit dies zur Beurteilung des Versicherungsschutzes, zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung und zur Schaden-erledigung notwendig ist, gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden, Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen. In diesen Fällen befreie ich die angefragten Personen gegenüber der CSS Versicherung AG von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die CSS Versicherung AG, andere Versicherungsträger der CSS Gruppe, die nicht Vertragspartner sind und allfällige Vermittler, meine Daten zu obgenannten Zwecken bearbeiten.

Dieser Antrag gilt vorbehältlich Angebots- und Prämienänderungen sowie der Genehmigung durch die Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA). Der Abschluss des Vertrages bedarf der Zustimmung der Geschäftsleitung des Versicherers. Rechtsträger ist die CSS Versicherung AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern.

Ich anerkenne, dass ich durch den Abschluss des International Health Plan (IHP) nicht automatisch von der gesetzlichen Versicherungspflicht im jeweiligen Aufenthaltsland befreit bin. Es ist Sache des Versicherungsnehmers, sich über die landesspezifischen Versicherungspflichten zu informieren.

Besondere Bedingungen

Aufgrund regulatorischer Vorschriften gilt dieser Antrag nur, wenn die gemäss Antrag zu versichernde Person zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses noch in der Schweiz wohnhaft ist. In Ergänzung zur Art. 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Ausgabe 01.2009) gilt dies auch für Neugeborene.

Unterschriften (Versicherung nach VVG)

Ort	Datum	Die antragstellende Person oder deren gesetzliche Vertretung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Der Vermittler oder Berater
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personennummer VerkaufsberaterIn	Agenturnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CSS Versicherung AG
International Health Plan
Tribschenstrasse 21
Postfach 2568
CH-6002 Luzern

ihp.info@css.ch

