

A **VERTRAGSPARTNER** *Name und Referenz Nummer Ihres Golden Care Beraters*

Als Vertragspartner in diesem Plan, sind Sie gegenüber Golden Care der rechtliche Vertreter für alle in diesem Plan aufgeführten und zu versichernden Personen. Der Unterschreiber kann sich von der Versicherung ausschliessen.

- **1 • Sie, Vertragspartner**
U- H. Frau Fräulein Andere **V-** Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet
W Name :
X- Vorname :
Y- Sex :männlich.....weiblich.....
Z- Geb. am : Tag ___ Monat ___ Jahr _____ [- Geburtsland :]
\- Nationalität :] Beruf :
^ Ständiger Wohnsitz :
 Postleitzahl/Stadt : Land :
 (Wenn die zu versichernde Person einen anderen Wohnsitz hat als den oben genannten, bitte Anschrift auf einem getrennten Blatt beifügen.)
- **2 • Ihre Korrespondenzadresse:**.....
 Postleitzahl / Stadt:..... Land:.....
- **3 • Ihre Telefon und Telefax Nummern** (Bitte Ländervorwahl und Ortsvorwahl anführen)
Pr ivat : **Geschäftlich:**..... **Fax:**
- Email:**
- **4 • Ihre Korrespondenzsprache:** Französisch Englisch Deutsch

B **VERSICHERUNGSSCHUTZ**

- **1 • Wählen Sie Ihren Plan und Ihre Selbstbehalt :**
EveriCover, mit folgenden Selbstbehalt CHF : 75 400 800 1 500 4 000 8 000 15 000
Hospi Cover, mit folgenden Selbstbehalt CHF : 75 400 800 1 500
Acci Cover : ohne Selbstbehalt
- **2 • Möchten Sie die EveriCover Plus Option in Anspruch nehmen** (wenn Sie sich für EveriCover entschieden haben mit CHF 75 oder CHF 400)? Ja Nein
- **3 • Gewünschtes Datum des Inkrafttretens des Vertrages** (frühestens am Mittag des folgenden Tages nach Erhalt Ihrer Anmeldung)
 Tag ___01_ Monat ___ Jahr _____ oder Tag ___15_ Monat ___ Jahr _____
- **4 • Haben Sie zurzeit eine Krankenversicherung?** Wenn Ja, welche :

C **ZU VERSICHERNDE PERSONEN**

- **1 • Füllen Sie die nachstehende Tabelle unter Beachtung der folgenden Angaben aus :**
 - Zone 1 : Weltweit, limitiert auf 30 Tage pro Versicherungsjahr für USA, Canada und Zone Karabik.
 - Zone 2 : Versicherungsschutz ganze Welt,
 - Wenn mehr als 4 Kinder versichert werden sollen, geben Sie bitte die Informationen, wie unten gewünscht, auf einem separaten Blatt an.
 - Ist das Kind zwischen 21 und 24 Jahre alt und Vollzeit- Student, kommt ihr / ihm die 0 bis 20 Jahre Prämie zu Gute. Bitte Einschreibung beifügen.
 - Für die All einversicherung eines Kindes zwischen 0 und 20 Jahren gilt die 21 bis 24 Jahre Altersprämie. Werden mehrere Kinder versichert, zahlt das Älteste die Erwachsenen Prämie.

Name	Vorname	Geschlecht M/W	Nationalität	Geb. am Tag/Monat/Jahr	Schutzzone	Prämie CHF
Vertragspartner: Möchten Sie sich versichern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, bitte wählen Sie die Zone					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Ehepartner		M/W			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Kind 1		M/W			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Kind 2		M/W			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Kind 3		M/W			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Kind 4		M/W			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

Prämie für die EveriCover Plus Option..... **Totaler Betrag CHF**

D **PREISE**

- VIERTELJÄHRLICH,**
meine jährliche Prämie ist 4 mal diesen Betrag, CHF.....
- HALBJÄHRLICH**
meine jährliche Prämie ist 2 mal diesen Betrag, CHF.....
- JÄHRLICH**
 (Siehe auch beigefügte Zahlungsanweisung)



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Dieser Gesundheitsfragebogen ist nicht erforderlich sollten Sie sich für den AcciCover Plan entschieden haben.

Wenn mehr als 4 Kinder versichert werden sollen, fügen Sie ein getrenntes Blatt an mit den gleichen Angaben wie unten gefordert.

Wenn eine oder mehrere der untenstehenden Frage mit Ja beantwortet werden , erwartet Golden Care Service das alle Punkte im Gesundheitsfragebogen wahrheitsgemäss beantwortet werden. Sie sind Entscheidend für die Annahme des Antrags.

Allgemeine Information	VERTRAGSPARTNER	EHEPARTNER	KIND 1	KIND 2	KIND 3	KIND 4
1 Name						
2 Vorname						
3 Gewicht (kg)						
4 Grösse (cm)						
5 Blutdruck Oberer / Unterer Wert						
6 Treiben Sie Sport ? Wenn ja, welche / n ?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
7 Was ist Ihr täglicher Konsum an: a Tabakwaren ? b Alkohol ?						
8 Hatten Sie Gewichtsschwankungen in den letzten 12 Monaten ? Wenn ja, wieviel? (kg)						
Gesundheitliche Vergangenheit						
9 Haben Sie in des Letzten 3 Jahren, aus anderen Gründen als für einen Check-up, einen Arzt konsultiert?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
10 Wurden Sie schon einmal stationär behandelt? a in der Inneren Medizin ? b in der Chirurgie ? c in der Neuropsychiatrie ?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
11 Wurden Sie über abnormale Abweichungen Ihrer Labor Tests in den letzten 2 Jahren informiert?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
12 Für Frauen : Hatten Sie schon schwierige Schwangerschaften oder schwierige Entbindungen?	Ja Nein	Ja Nein				
Gegenwärtiger Gesundheitszustand						
13 Sind Sie zur Zeit in medizinischer Behandlung oder stehen Sie unter medizinischer Kontrolle?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
14 Leiden Sie unter Geburtsfehlbildungen oder chronischen Erkrankungen ?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Vorschau						
15 Müssen Sie sich in des nächsten Monaten einer Operation oder medizinischen Zusatzuntersuchungen unterziehen?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
16 Benötigen Sie zahnärztliche Behandlungen oder Zahn- Prothesen ?	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein	Ja Nein
Hausarzt						
17 Haben Sie einen Hausarzt ? Wenn ja, bitte Namen, Anschrift und Tel. Nummer angeben.						

Erklärung :

Hiermit beantrage ich die Aufnahme der auf diesem Formular genannten Personen in den Plan Golden Care der GENERALI Assurances Générales SA, und ich erkläre im Namen der zu versichernden Personen, folgendes zur Kenntnis genommen zu haben und zu bestätigen:

- Alle Angaben sind richtig und meines Wissens vollständig und zu treffend, und es gibt keine Sachverhalte, die die Evaluationsergebnisse der Anmeldung für den Golden Care Service beeinflussen könnten.
- Die oben gemachten Angaben sind Vertraulich und werden durch GoldenCare Service ausschliesslich zur Aufnahme in den Plan benötigt.
- Mir ist bekannt das jede falsche oder ungenaue Angabe rückwirkend zur Annullierung der Zusagen führt und zur sofortigen fristlosen Kündigung des Plans
- Der Vertrag beginnt an dem in den Besonderen Versicherungsbedingungen angegebenen Datum, sobald das Dossier angenommen und das vorliegende Formblatt, zusammen mit meinem / unserem Gesundheits-Fragebogen, der Versicherungsbestätigung, der Abrechnung und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind die Basis des Vertrages zwischen Versicherer und Versicherten.
- Mir ist bekannt das GoldenCare Service vor der Annahme des Vertrages ggfls. ein ärztliches Attest auf meine Kosten verlangen kann.
- Ich erlaube jedem Arzt oder Praktiker der mich behandelt oder beobachtet hat bei Diagnosen, Behandlungen, Krankheit oder Unpässlichkeiten die Ergebnisse , einschliesslich der vergangenen Behandlungen, an GoldenCare Service weiterzugeben.
- Mir ist bekannt, das jede medizinische Auskunftsverweigerung durch den Versicherten, den Arzt oder Praktiker, Krankenhaus, Klinik, oder anderen Institutionen eine Verletzung der vertraglichen Verpflichtungen des Versicherten ist und das der Versicherer in diesem Fall von allen Verpflichtungen gegenüber dem Antragsteller befreit ist.
- Ich habe die Ausführungsbestimmungen und das Ausschlussrecht gelesen und verstanden, insbesondere die vorvertraglichen Konditionen.

UNTERSCHRIFT des Antragstellers im Namen aller zu versichernden Personen.

Ort: _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Senden Sie Ihren Antrag: Golden Care Services – 31 Blvd Helvétique – 1207 Genf – Schweiz – tel. + 41 22/786 12 00 – Fax + 41 22/786 12 20 –

E-mail : goldencare@goldencare.ch – Web Site : www.goldencare.ch