

VERSICHERUNGSANMELDUNG.

Einzelpolice

Familienpolice

Bitte «Vollmacht zur Antragstellung und Versicherungsadministration im Verbund» für jede volljährige Person 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-/

Niederlassungsbewilligung

B

C

D

L

G

F

N

S

Ci

Sans-Papiers

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

Status bei Auslandsaufenthalt

Entsandte/r

Grenzgänger/in

Rentner/in (AHV/IV)/arbeitslos

Familienangehörige/r

Wohnsitz (Art. 23 ZGB)

Schweiz

Ausland

(Nur bei L/Entsandten markieren.)

3. ANTRAGSTELLER/IN (ZUZUG AUS DEM AUSLAND ODER GRENZGÄNGER/IN)

Datum der Anmeldung Einwohnerkontrolle
für Zuzüger/innen*

Arbeits-/Bewilligungsbeginn
für Grenzgänger/innen*

Haben Sie nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnsitz innerhalb der EU/EFTA?

Ja

Nein

Falls ja, füllen Sie bitte das Beiblatt aus.

*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

6.1 KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG NACH KVG

Grundversicherungsmodell¹

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

Offertstellung unter Vorbehalt allfälliger Prämienänderungen.

Besondere Bemerkungen:

¹Versicherungsträger SWICA Krankenversicherung AG

ERKLÄRUNG DES/DER UNTERZEICHNENDEN FÜR GRENZGÄNGER/INNEN.

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 Markieren 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-, Interessen- 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 Krankenversicherung 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 [swica.ch/datenschutz](https://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