



RISIKOKAPITAL UNFALL

Schutz vor Versicherungslücken bei Tod und Invalidität durch Unfall.

- Sicherheit für alle: Kinder, Schülerinnen und Schüler, Studierende, Hausfrauen, Hausmänner, Selbstständigerwerbende, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer
- Existenzsichernde Kapitalleistung
- Ermöglicht häusliche Umbaumaßnahmen und optimale medizinische Versorgung bei Invalidität
- Ergänzt bestehende Versicherungen
- Kompensiert fehlendes Einkommen und gibt Sicherheit durch Versicherung einer Kapitalsumme
- Sie bestimmen die begünstigte Person für das Todesfallkapital
- Verschiedene Versicherungssummen
- Im 1. Lebensjahr gratis
- Verzicht auf Leistungskürzung bei Grobfahrlässigkeit
- Doppelte Todesfallsumme beim Tod beider Eltern

Ein Unternehmen der ÖKK Gruppe

Versicherungsanmeldung für RISIKOKAPITAL UNFALL

Bitte ergänzen Sie die entsprechenden Angaben

1. PERSONALIEN UND VERSICHERUNGSDECKUNG

Name / Vorname: <small>Verheiratete bitte beide Familiennamen angeben</small>	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Klasse:	Monatsprämien:
--	---------------	--	---------	----------------

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon (tagsüber erreichbar): _____ Beruf: _____

Familien-Hauptpolice/Versicherungsnehmer (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

2. VERSICHERUNGSBEGINN

Ich wünsche den Beginn der RISIKOKAPITAL UNFALL Versicherung per: _____

3. ZAHLUNGSVERKEHR (nur ausfüllen, wenn die Angaben der KVF noch nicht bekannt sind)

Konto für: Rückerstattung Kostenbeteiligung Prämienrechnung (LSV)

Konto-Nr.: _____ Post Bank: _____ Filiale: _____

Konto-Inhaber (Name, Vorname, PLZ, Wohnort): _____

Zahlungsart: monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Monatsprämien ab 1. Januar 2010

Klasse	Versicherungssumme in CHF			Monatsprämien in CHF				
	Tod	Invaliddität	Vollinvalidität Progression 350%	Kinder* 0-3 Jahre	Kinder 4-15 Jahre	Jugendliche 16-20 Jahre	Männer 21-65 Jahre	Frauen 21-65 Jahre
1	10'000.-	100'000.-	350'000.-	2.40	2.50	5.80	8.50	7.10
2	10'000.-	150'000.-	525'000.-	3.50	3.60	8.40	12.30	10.30
3	10'000.-	200'000.-	700'000.-	4.60	4.80	11.10	16.10	13.50
4	10'000.-	300'000.-	1'050'000.-	6.90	7.00	16.30	23.80	19.90
5	20'000.-	100'000.-	350'000.-	2.40	2.70	6.30	9.20	7.70
6	20'000.-	150'000.-	525'000.-	3.50	3.90	9.00	13.10	11.00
7	20'000.-	200'000.-	700'000.-	4.60	5.00	11.60	16.90	14.20
8	20'000.-	300'000.-	1'050'000.-	6.90	7.20	16.80	24.60	20.60
9	50'000.-	100'000.-	350'000.-	-	-	7.90	11.50	9.70
10	50'000.-	150'000.-	525'000.-	-	-	10.50	15.40	12.90
11	50'000.-	200'000.-	700'000.-	-	-	13.20	19.20	16.10
12	50'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	18.40	26.90	22.50
13	100'000.-	200'000.-	700'000.-	-	-	15.80	23.00	19.30
14	100'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	21.00	30.70	25.70
15	150'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	23.70	34.50	28.90
16	200'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	26.30	38.40	32.10
17	300'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	31.50	46.00	38.50

*Die Todesfallsumme beträgt in den ersten 2 1/2 Lebensjahren gesetzlich höchstens CHF 2'500.

RISIKOKAPITAL UNFALL ist gratis ab dem 3. Kind, sofern alle Kinder gleichwertig bei der KVF versichert sind. Das ausbezahlte Invaliditätskapital richtet sich nach dem Grad der Invalidität und der gewählten Versicherungssumme. Bei einem Invaliditätsgrad von 50% erhalten Sie bereits die einfache Versicherungssumme (hellgrüne Spalte). Diese Summe erhöht sich progressiv bis 350% bei Vollinvalidität (dunkelgrüne Spalte). Abschlüsse sind möglich bis zum 65. Geburtstag.

RISIKOKAPITAL UNFALL

4. GESUNDHEITSVERHÄLTNISSE

 Bitte jede Frage vollständig beantworten. Striche gelten nicht als Antwort.

Ich erkläre, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Ich nehme zur Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben die Kündigung des Vertrags und eine Leistungsverweigerung bzw. eine Rückforderung zur Folge haben können.

a) Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten, die zu ärztlicher oder therapeutischer Behandlung führten? Ja Nein

Welche Unfälle:

Unfalldaten:

Diagnosen:

Behandelt durch:

Abgeschlossen am:

b) Bestehen bei Ihnen Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens? Ja Nein

Diagnose:

Behandelt durch:

Datum Erstbehandlung:

c) Welche Sportarten üben Sie aus?

Freizeitsport Sport auf nat./internat. Ebene Risikosport (Motocross, Boxen, MTB, etc.)

Weitere Sportarten:

5. BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich beantrage für mich beziehungsweise für die von mir vertretene Person die oben genannten Versicherungen bei KVF.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

- die oben erwähnten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
- Kenntnis zu haben über die Identität des Versicherers sowie über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags (versicherte Risiken, Umfang des Versicherungsschutzes, Prämien und meine weiteren Pflichten, Mindestvertragsdauer und Kündigungsfristen).
- die Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) zu akzeptieren.

Ich ermächtige KVF und weitere Träger der von mir beantragten VVG-Versicherungen bei Ärztinnen und Ärzten, Zahnärzten, Therapeuten, Spitalern, beim medizinischem Personal sowie bei Krankenversicherungen und anderen Versicherungsgesellschaften die Auskünfte (insbesondere über den Gesundheitszustand) einzuholen, die für den Abschluss der Versicherungen nach VVG erforderlich sind, und entbinde sie dafür vom Berufsgeheimnis. KVF verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Zudem ermächtige ich sämtliche Träger der von mir beantragten Versicherungen, in mein Krankenversicherungsdossier bei KVF Einsicht zu nehmen.

Ort / Datum:

Unterschrift

Versicherungsnehmer, Inhaber, Fam.-Hauptpolice, gesetzlicher Vertreter