

Wirtschaftliche Prüfung

Krankentaggeld (KTG) Unfall-Zusatzversicherung (UVGZ)

Zu versichernde Person

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____ Geschlecht männlich weiblich

Arbeitgeber/Firma _____ Beruf _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen vollständig und korrekt. Bei nicht wahrheitsgetreuer oder nicht vollständiger Beantwortung kann die Elips Life AG den Vertrag kündigen. Für Schäden, deren Eintritt durch die nicht korrekte Beantwortung der Frage beeinflusst worden ist, wird die Elips Life AG nicht leistungspflichtig.

Wirtschaftliche Situation (nur ausfüllen, falls Fixlohn* versichert werden soll)

* **Hinweis:** Die feste Jahreslohnsumme besteht aus dem AHV-Lohn zuzüglich Gewinnungskosten, wobei letztere 30% des AHV-Lohnes nicht übersteigen dürfen. Zudem geht elipsLife von einem Maximum an Gewinnungskosten von CHF 50'000 aus. Gemäss Art. 2.1.3 der AVB beschränkt sich die Leistungspflicht auf den tatsächlich entstandenen Schaden.

Angaben zum abgerechneten AHV-Lohn p. a. der letzten drei Jahre:

	2021	2022	2023
Abgerechneter AHV-Lohn p. a.	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
Beschäftigungsgrad	_____ %	_____ %	_____ %
Für Neugründungen, Angaben zum voraussichtlichen AHV-Lohn pro Jahr			_____ CHF
Gründungsdatum	_____ Tag _____ Monat _____ Jahr		
Angaben zu den Gewinnungskosten pro Jahr			_____ CHF
Beantragte feste Lohnsumme pro Jahr			_____ CHF
Bestehen bereits Krankentaggeld- resp. Unfalltaggeldversicherungen?		ja	nein

Wenn ja, welche?

Gesellschaft	Dauer	Versicherungsart	Summe
_____	_____	_____	_____ CHF
_____	_____	_____	_____ CHF
_____	_____	_____	_____ CHF

Bemerkungen _____

Hinweis: Bemessungsgrundlage für das Taggeld ist der Durchschnitt der AHV-pflichtigen Löhne der letzten 3 Jahre, jedoch im Maximum der versicherte Fixlohn.

Im Leistungsfall werden obige Angaben geprüft und die Leistungen können gegebenenfalls angepasst oder abgelehnt werden.

Erklärung

Die versicherte Person bestätigt, die Angaben zur wirtschaftlichen Situation vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum _____

Unterschrift der zu versichernden Person _____

Gesundheitsdeklaration

Krankentaggeld (KTG) Unfall-Zusatzversicherung (UVGZ)

Zu versichernde Person

Name, Vorname _____							
Geburtsdatum		___ Tag	___ Monat	___ Jahr	Geschlecht	männlich	weiblich
Arbeitgeber/Firma _____					Beruf	_____	
1	Sind Sie zur Zeit voll arbeitsfähig? Wenn nein , bitte Grund, Dauer und Grad in Prozent der Arbeitsunfähigkeit angeben:					ja	nein
	_____ %						
2	Körpergrösse	_____ cm	Gewicht	_____ kg			
3	Haben Sie in den letzten 3 Jahren geraucht oder andere tabak- oder nikotinhaltige Produkte (inkl. E-Zigaretten und Snus) konsumiert? Wenn ja , bitte Art des Konsums und Menge angeben: _____					ja	nein
4	Haben Sie in den letzten drei Jahren Alkohol konsumiert? (Einheit = 1dl Wein/3dl Bier/4cl Spirituosen) Wenn ja , bitte Einheiten pro Woche angeben: _____					ja	nein
5	Waren Sie in den letzten 24 Monaten gesundheitshalber länger als 2 Wochen ganz oder teilweise von der Arbeit abwesend? Wenn ja , weshalb und Dauer? _____					ja	nein
6a	Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen?					ja	nein
6b	Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, geistige oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden?					ja	nein
6c	Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens (z. B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Knochenfixationen, Seh- oder Hörbehinderung)? Wenn 6a, 6b oder 6c ja , bitte ergänzen:					ja	nein
	Beschwerde- und Behandlungsart	von	bis	Behandelnder Arzt oder Spital (genaue Adresse & Abteilung)	Geheilt ohne Folgen?		
	_____	_____	_____	_____	ja	nein	
	_____	_____	_____	_____	ja	nein	
	_____	_____	_____	_____	ja	nein	
7	Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinen normalen Ergebnissen führten: Röntgen, EKG, HIV-Test, Urin-, Bluttest oder andere besondere Untersuchungen? Wenn ja , welche? Resultat? _____					ja	nein
8	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Bei Blutdrucksenkern bitte Werte der letzten Messung angeben. Wenn ja , welche? Grund? _____ Behandelnder Arzt: _____					ja	nein
9	Ist Ihr Antrag um Aufnahme von einer Versicherungsgesellschaft abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (erhöhte Prämie, Kürzung der Versicherungsdauer oder der Leistungen)? Wenn ja , wann, weshalb? _____					ja	nein
10	Werden im jetzigen Zeitpunkt und bei Versicherungsbeginn gegenüber der Invaliden-, Militär-, Krankentaggeld- oder Unfallversicherung Leistungen geltend gemacht oder von einer dieser Versicherungen erbracht? Allfällige Verfügungen bitte in Kopie beilegen. Wenn ja , wann, weshalb? _____					ja	nein
11	Welcher Arzt ist am besten mit Ihrer Krankengeschichte vertraut? Bei Bedarf mehrere Adressen angeben. Name, Adresse und Telefonnummer: _____ Name, Adresse und Telefonnummer: _____						

- 12 Sind Sie bei Ihrer Krankenkasse mit einem
Callmed-Modell versichert? ja nein
Wenn ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____
- 13 Treiben Sie Sport? ja nein
Wenn ja, welche Sportart(en)? _____

Erklärung

Die versicherte Person bestätigt, die Angaben zur Gesundheitsdeklaration und, wo notwendig, zur wirtschaftlichen Situation vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Wichtiger Hinweis

Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt bis zur vertraglich vereinbarten prüfungsfreien Lohnlimite ohne Gesundheitsdeklaration. Durch Einreichung einer Gesundheitsdeklaration kann der versicherbare Lohn auf den vertraglich geregelten Maximallohn pro Person und Jahr erhöht werden. elipsLife behält sich das Recht vor, über die Erhöhung des versicherten Lohnes erst nach einer ärztlichen Untersuchung zu befinden. Der die vertraglich vereinbarte Lohnlimite übersteigende Teil bis zum Maximallohn ist erst versichert, wenn elipsLife ihre Zustimmung erteilt. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist die elipsLife von der Leistungspflicht befreit, wenn sie binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, von der Leistungspflicht zurücktritt. Die Leistungspflicht bis zur vertraglich vereinbarten prüfungsfreien Lohnlimite ist von dieser Einschränkung nicht betroffen.

Versicherungsgesellschaft

Die Elips Life AG mit Hauptsitz in Ruggell LI ist als Risikoträger verantwortlich für die Risikoprüfung, die Risikoübernahme und das Prämieninkasso sowie die Prüfung und Auszahlung von Versicherungsleistungen. Die Postadresse für die Verwaltung und Leistungsabteilung ist Zürich.

Den vollständig ausgefüllten Antrag senden Sie bitte an folgende Adresse:

VERTRAULICH

elipsLife

Account Management

Thurgauerstrasse 54

Postfach

CH-8050 Zürich

Telefon: +41 44 215 45 42

E-Mail: account.ch@elipsLife.com

Internet: www.elipsLife.com

Datenschutzrechtliche Einwilligung und Vollmacht

Krankentaggeld (KTG) Unfall-Zusatzversicherung (UVGZ)

Name, Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____ / _____ / _____ männlich weiblich

Arbeitgeber _____

AHV-Nummer _____

Mit der nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie die Zustimmung zur Bearbeitung Ihrer Daten, insbesondere zur Beschaffung von Gesundheitsdaten und sonstigen besonders schützenswerten Personendaten, durch die Elips Life AG (nachfolgend «elipsLife») bei schweigepflichtigen Stellen wie Ärzten, Spitälern und anderen Versicherungen. Diese Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Gesundheitsprüfung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine Versicherung der beantragten Leistungen in der Regel nicht möglich sein beziehungsweise auf das gesetzliche Minimum beschränkt bleiben.

Die folgende Information betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen besonders schützenswerten Personendaten:

- durch elipsLife selbst (nachstehend unter Ziffer 1.),
- bei der Bekanntgabe an Stellen ausserhalb von elipsLife (nachstehend unter Ziffer 2.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (nachstehend unter Ziffer 3.).

1. Beschaffung, Speicherung, Nutzung und Löschung Ihrer Gesundheitsdaten durch elipsLife

Soweit dies zur Gesundheitsprüfung erforderlich ist, beschafft, speichert und nutzt elipsLife die von Ihnen im Rahmen der Gesundheitsprüfung mitgeteilten Personendaten. Diese umfassen Informationen in Bezug auf Ihre Gesundheit sowie Informationen, welche elipsLife mit Ihrer Zustimmung bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Spitälern, Physiotherapeuten etc.) und anderen Versicherern (Invalidenversicherungen, Arbeitslosenversicherung, Militärversicherung, Einrichtungen der beruflichen Vorsorge, private Versicherungen etc.) einholt. Diese Informationen nutzt elipsLife zur Gesundheitsprüfung sowie zur Qualitätssicherung. Die Daten betreffend diese Gesundheitsprüfung werden bei elipsLife elektronisch gespeichert und nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Archivierungspflicht gelöscht.

2. Bekanntgabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen ausserhalb von elipsLife

2.1 Weitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Gesundheitsprüfung kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Mit der nachfolgenden Unterschrift erteilen Sie Ihre Zustimmung zur Übermittlung Ihrer Personendaten an medizinische Gutachter, soweit dies für die Gesundheitsprüfung erforderlich ist und solange Ihre Daten dort zweckentsprechend verwendet und bis die Ergebnisse an elipsLife zurückübermittelt werden. Hinsichtlich dieser Daten werden die für elipsLife tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht entbunden.

2.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben wie die Vertragsverwaltung oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, einer Verarbeitung oder einer Nutzung Ihrer Personendaten kommen kann, darf elipsLife Dritten übertragen. Dies können entweder verbundene Gruppengesellschaften oder andere Stellen in der Schweiz oder im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sein. Nach der Feststellung des Bundesrats garantieren diese Staaten einen sicheren und vertrauenswürdigen Datenschutz.

elipsLife kann auch für die Erbringung weiterer Dienstleistungen allfällige Dritte beziehen. Eine aktuelle Liste finden Sie im Internet unter www.elipslife.com/de/che/Downloads. Diese Dienstleister-Liste können Sie auch

direkt herunterladen via www.elipslife.com/dienstleister. Mit der nachfolgenden Unterschrift stimmen Sie der Übermittlung Ihrer Daten an diese Stellen zu, soweit die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie elipsLife dies tun dürfte.

2.3 Weitergabe an Rückversicherungen und Mitversicherer

Um die Erfüllung unserer Pflichten abzusichern, hat elipsLife Verträge mit Rückversicherungen geschlossen, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen, oder ein bestimmtes Risiko gemeinsam mit einem Mitversicherer versichert. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer elipsLife aufgrund seiner besonderen Expertise bei der Gesundheitsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Damit sich der Rückversicherer und ein allfälliger Mitversicherer ein eigenes Bild über die Gesundheitsprüfung machen können, ist es möglich, dass elipsLife Unterlagen in Bezug auf die Gesundheitsprüfung dem Rück- oder dem Mitversicherer vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn summenmässig hohe Leistungen versichert werden sollen.

Mit der nachfolgenden Unterschrift stimmen Sie der Übermittlung Ihrer Daten an Rückversicherungen und allfällige Mitversicherer und deren Verwendung zu, insofern dies zu den genannten Zwecken erforderlich ist.

2.4 Weitergabe an Ihren Arbeitgeber und dessen Versicherungsbroker

elipsLife gibt keine Angaben zu Ihrer Diagnose an Ihren Arbeitgeber oder dessen Versicherungsbroker weiter. Soweit es zur Abwicklung des Versicherungsvertrags mit Ihrem Arbeitgeber erforderlich ist, kann Ihr Arbeitgeber aber Informationen darüber erhalten, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen eine Aufnahme in die Vorsorgeeinrichtung erfolgt ist.

3. Abfrage von Personendaten bei Dritten

Für die Gesundheitsprüfung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten und sonstige besonders schützenswerte Personendaten verfügen (z. B. Ärzte, Spitäler oder andere Versicherungen). Die Abfrage dieser Informationen bedingt in der Regel auch eine Bekanntgabe von Personendaten an die entsprechenden Stellen. Über die Einholung von Informationen bei Dritten im Rahmen der Gesundheitsprüfung informiert elipsLife Sie nicht gesondert. Sie können aber jederzeit Auskunft darüber verlangen, welche Daten über Sie bearbeitet werden. Wenden Sie sich hierzu an Ihre zuständige Ansprechperson.

Eine Abfrage erfolgt nur bei Stellen, welche über den für die Gesundheitsprüfung relevante Informationen verfügen und nur soweit dies für die Gesundheitsprüfung erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschliesslich einer Schweigepflichtentbindung für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder sonstige besonders schützenswerte Personendaten weitergegeben werden müssen.

Datenschutzrechtliche Einwilligung und Vollmacht

Name, Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____ / _____ / _____ männlich weiblich

Arbeitgeber _____

AHV-Nummer _____

Von der oben unter Ziff. 1–3 aufgeführten Datenbearbeitung nehme ich in zustimmender Weise Kenntnis. Ich willige sodann ein, dass die Elips Life AG (nachfolgend «elipsLife») – soweit es für die **Gesundheitsprüfung** erforderlich ist – meine Personendaten bei folgenden Stellen und Personen erhebt und für diese Zwecke verwendet:

- Externe (medizinische) Gutachter
- Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen
- Arbeitgeber
- Sozialversicherer (IV-Stellen, UVG-Versicherer, AHV-Ausgleichskassen, Krankenversicherer, Arbeitslosenstellen etc.)
- Einrichtungen der beruflichen Vorsorge
- Andere beteiligte Privatversicherungen
- Verwaltungs- und Rechtspflegebehörden

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeitenden der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Personendaten durch elipsLife an diese Stellen weitergegeben werden, und befreie auch insoweit die für elipsLife tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.



_____ **Ort, Datum** _____ **Name, Vorname** _____ **Unterschrift der versicherten Person**

Die Elips Life AG (nachfolgend «elipsLife») hat ihren Hauptsitz in Ruggell. Unter der Marke elipsLife werden alle Versicherungen angeboten, welche die finanziellen Folgen von Krankheiten und Unfällen abdecken. Die berufliche und die private Vorsorge für Tod und Invalidität stehen dabei im Vordergrund. Datenschutz wird bei elipsLife grossgeschrieben und elipsLife pflegt einen dementsprechend sorgfältigen Umgang mit Ihren Daten. Sollten Sie in diesem Zusammenhang Fragen haben, können Sie sich an den Datenschutzberater von elipsLife wenden. Weitere Informationen zum Datenschutz von elipsLife finden Sie auch unter www.elipslife.com/de/che/Legal. Sie können jederzeit Auskunft darüber verlangen, welche Daten über Sie bearbeitet werden, und Sie können deren Berichtigung, deren Löschung oder eine Einschränkung der Verarbeitung verlangen. Sie dürfen Ihre Zustimmung zur Bearbeitung Ihrer Personendaten auch jederzeit widerrufen. Sollten Sie diese jedoch widerrufen, wird die Erbringung von Leistungen in der Regel nicht möglich sein. Entsprechende Anfragen richten Sie bitte per Post an Elips Life AG, Compliance, Industriestrasse 56, 9491 Ruggell oder per E-Mail an compliance@elipsLife.com.

Sind Sie mit der Auskunft nicht zufrieden, können Sie sich auch an den Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB), Feldeggweg 1, 3003 Bern (E-Mail: info@edoeb.admin.ch) oder die Datenschutzstelle (DSS), Städtle 38, Postfach 684, LI-9490 Vaduz (E-Mail: info.dss@llv.li) wenden.