

Checkliste

Krankenkasse

Persönliche Angaben

Anrede	☐ Frau	☐ Herr	☐ Divers
Vorname / Name			
Strasse / Nr.			
PLZ / Wohnort			
Telefon			
Geburtsdatum			
Nationalität			
Krankenkasse			

Allgemeines

1. Arbeitstätig mind. 8 Stunden / Woche
2. Für Frauen: schwanger, oder demnächst geplant?
3. Weitere Familienmitglieder (falls ja, bitte zusätzliches Formular)
4. Gegenwärtig gesund und voll arbeitsfähig?

	Ja	Nein
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

Spital-Zusatzversicherung

5. Allgemeine Abteilung
6. Halbprivate Abteilung
7. Private Abteilung
8. Flexibles Wahlmodell

	Wohnkanton	Schweiz	Welt
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Ambulante Zusatzversicherung

9. Nicht kassenpflichtige Medikamente
10. Zahnbehandlungen
11. Zahnstellungskorrekturen
12. Behandlung durch nichtärztliche Psychotherapeuten
13. Gesundheitsförderung (Fitness / Bäder etc.)
14. Gesundheitsvorsorge (HIV-Test / Check-up etc.)
15. Impfungen
16. Alternativmedizin / Naturheilmittel
17. Brillen und Kontaktlinsen für Erwachsene
18. Haushaltshilfe
19. Erholungskuren in der Schweiz
20. Ärztlich verordnete Badekuren in der Schweiz
21. Ärztlich verordnete Badekuren im Ausland
22. Transportkosten Inland / Ausland
23. Rettungs-, Bergungs- und Suchkosten Schweiz / Ausland
24. Ambulante / Stationäre notfallmässige Leistungen im Ausland

	unwichtig	erwünscht	zwingend
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Mutterschaftsleistungen

25. Erweiterte Leistungen bei Mutterschaft
26. Freie Arztwahl / Spitalwahl

	unwichtig	erwünscht	zwingend
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Bemerkungen
