

Antragsdeckblatt - Pflichtangaben

Es erfolgt eine Übertragung in den Antrag

Vermittler

Vorname | Name

Vermittler-Nummer

Kunde

Vorname | Name

Strasse

PLZ | Ort

Geburtsdatum | Beginn

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Nationalität

Berufliche Tätigkeit

Telefon

E-Mail

Betreuungsmandat anbei ○ Ja ○ Nein

Checkliste zur Offerterstellung Direktversicherung anbei ○ Ja ○ Nein

Deutsche Zusatzversicherungen ○ Ja ○ Nein

Gesellschaft 1

Leistungsumfang ☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Zahn ☐ Pflege

Gesellschaft 2

Leistungsumfang ☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Zahn ☐ Pflege

ALLVES

Betreuungsmandat

Auftragnehmer **Auftraggeber**

Allves GmbH _____

Schaffhauserstr. 33 _____

4332 Stein/Schweiz _____

Zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer wird zur Vertretung und Betreuung der unten aufgeführten Punkte nachfolgende Vereinbarung getroffen:

Der Auftraggeber überträgt der Allves GmbH Schweiz die Betreuung und Verwaltung der Versicherungsverträge bei Schweizer Kranken- und Versicherungsunternehmen. Kontaktaufnahmen können schriftlich (Brief oder E-Mail) oder telefonisch erfolgen. Die Verwaltung der Versicherungsverträge umfasst folgende Aufgaben:

- Überprüfung der eingereichten Anträge und der ausgestellten Versicherungspolicen, sowie Anforderung und Entgegennahme von Versicherungspolicen der vermittelten Versicherungsgesellschaften.
- Das Anfordern und Analysieren von Offerten bei verschiedenen Versicherungsgesellschaften.
- Die kundengerechte Aufbereitung und Wissensvermittlung über Angebote oder wesentliche Änderungen seitens der Versicherungsgesellschaften.
- Einverständnis zur Kontaktaufnahme für die Direktversicherung für Grenzgänger
- Einverständnis zur Kontaktaufnahme bei Beschäftigungsende Schweiz für die Freizügigkeitslösung.
- Einverständnis zur Kontaktaufnahme bei Umzug in die Schweiz.
- Die Allves Schweiz GmbH ist bevollmächtigt, für den Kunden unterstützende Versicherungslösungen (Direktversicherung) in Verbindung mit der Allves Deutschland anzubieten.

Die Allves Schweiz GmbH ist bevollmächtigt, für den Kunden unterstützende Massnahmen, wie z.B. Adressänderungen direkt mit den Versicherungsgesellschaften umzusetzen.

Diese Vereinbarung tritt mit Unterschriftsdatum in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie kann beidseitig und jederzeit gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der Schriftform.

Auftraggeber

Stein, _____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Checkliste zur Offerterstellung

Direktversicherung für Grenzgänger

Anfragen bitte immer an backoffice@allves.de

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ ☐ ledig ☐ verheiratet

Telefon _____ E-Mail _____

Berufliche Tätigkeit _____

Arbeitgeber _____

Anzahl Kinder _____

Zu versteuerndes Einkommen in Euro _____ (bei Verheirateten Gesamteinkommen)

Tarifauswahl Klassisch mit Garantien ☐ ja Fondsgebunden ohne Garantien ☐ ja

Kirchensteuerpflichtig ☐ ja ☐ nein

Gewünschter monatlicher Beitrag in Euro ☐ 100 ☐ 200 ☐ 300 ☐ 500 ☐ 644

(Mindestbetrag Euro 100, maximaler Beitrag Euro 644 in 2025) ☐ _____ (individueller Beitrag)

Bemerkungen:

Hinweis

Die vorstehenden Angaben werden durch den Allves-Vertriebspartner unmittelbar via Allves Deutschland, mit Sitz in 79713 Bad Säckingen, an die Allves Schweiz, mit Sitz in 4332 Stein, zur weiteren Bearbeitung und direkten Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber des Interessenten weitergeleitet. Die eingereichten Daten sind gemäss Datenschutzrichtlinien geschützt und werden ausser an den entsprechenden Produktelieferanten an keine Dritte weitergereicht.

Der Interessent ist mit diesem Vorgehen einverstanden und bestätigt der Allves, dass für die Platzierung der Direktversicherung die personenbezogenen Daten weitergeleitet werden dürfen.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

Tippgeber _____

Allves GmbH
Allfinanz und Vorsorge
Schulhausstrasse 12
D-79713 Bad Säckingen
backoffice@allves.de
www.allves.de
T +49 7761 5532600
HRB 705890 | Handelsregister Freiburg | Geschäftsführer Daniel Kaiser

Grenzgänger KVG

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 Auslandaufenthalt ☐ 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

Grundversicherungsmodell[1]

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

Offertstellung unter Vorbehalt allfälliger Prämienänderungen.

Besondere Bemerkungen:

[1] Versicherungsträger SWICA Krankenversicherung AG

Grenzgänger KVG

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-, Interessenten- 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**) 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

102d / online / 6.2025

Vermittler

Beratungsprotokoll

Datum der Beratung

Name Berater/in

Versicherungsnehmer/in

Name/Vorname

Weitere Familienmitglieder

Name/Vorname Familienmitglied 1

Name/Vorname Familienmitglied 2

Name/Vorname Familienmitglied 3

Name/Vorname Familienmitglied 4

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

- ☐ Bedingungen des gewählten Versicherungsmodells (Favorit-Modelle)
- ☐ Kostenbeteiligung inkl. Prämieneinsparung

Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

- ☐ Folgen nicht wahrheitsgetreuer Angaben zu den Fragen zur Gesundheit
- ☐ Bei Abschluss des Unfallrisikos sind Unfälle und deren Folgen nur versichert, wenn sich der Unfall nach Versicherungsbeginn ereignet
- ☐ Kostenbeteiligung und deren Anrechnung aus der Grundversicherung an die Zusatzversicherung
- ☐ Rechte/Pflichten Benevita Bonusprogramm
- ☐ Bei dem Produkt «Risikokapitalversicherung bei Tod und Invalidität infolge Krankheit (KTI)» müssen Änderungen des Gesundheitszustands zwischen Antragsunterzeichnung und Policenzustellung gemeldet werden
- ☐ Karenzfristen (Leistungsanspruch sowie Mutterschaft) in den betroffenen Produkten

Pflichtinformationen

- ☐ Ich bestätige, dass der Beratungstermin nicht aufgrund einer telefonischen Kaltakquise zustande gekommen ist.

Ferner bestätige ich, folgende Informationen/Dokumente oder Zugang zu diesen erhalten zu haben:

- ☐ Information gemäss Art. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes
- ☐ Informationen gemäss Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (zusätzlich bei ungebundenen Versicherungsvermittlerinnen und -vermittlern: Offenlegung der Entschädigung gemäss Art. 45b des Versicherungsaufsichtsgesetzes)
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen inkl. Zusatzbedingungen
- ☐ Datenschutzerklärung
- ☐ Information, dass keine Interessenkonflikte gemäss Art. 45a des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorliegen oder Offenlegung derselben, sofern solche vorhanden sind

Ich bestätige hiermit, von der beratenden Person über die in diesem Formular markierten Punkte umfassend informiert worden zu sein und dass ich diese verstanden und vollständig akzeptiert habe.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in

Unterschrift Familienmitglied 1

Bemerkungen

Unterschrift Familienmitglied 2

Unterschrift Familienmitglied 3

Unterschrift Familienmitglied 4

Unterschrift Berater/in

059d / online / 5.2026

SWICA

365 Tage im Jahr rund um die Uhr für Sie da
T: +41 58 800 99 33 | swica.ch

Beiblatt

Familie und Sachleistungsaushilfe «Grenzgänger aus Deutschland»

Ergänzende Angaben zu Ihrer Familie mit Wohnsitz in Deutschland

Antragsteller/in

Name | Vorname

Aktueller Arbeitskanton

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, um eine Registrierung zur Sachleistungsaushilfe durchzuführen:

a) Haben Sie nicht erwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, bitte Buchstaben b–e ausfüllen. Falls nein, weiter zu Buchstabe e.

b) Nicht erwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland

Ehepartner/in oder eingetragene Partnerschaft

Name | Vorname

Geburtsdatum | AHV-Nr.

Unterstützungspflichtiges Kind

Name | Vorname

Geburtsdatum | AHV-Nr.

Unterstützungspflichtiges Kind

Name | Vorname

Geburtsdatum | AHV-Nr.

c) Haben Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen vom separaten Optionsrecht Gebrauch gemacht und sich von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht befreien lassen bzw. wird eine Befreiung erfolgen? ☐ Ja ☐ Nein

d) **Nur bei unterstützungspflichtigen Kindern auszufüllen:**
Ist der andere Elternteil im Wohnland erwerbstätig? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, ist eine Versicherung in der Schweiz/im Fürstentum Liechtenstein nicht möglich.

e) Ich berechtige SWICA dazu, die Registrierung für mich und meine mitversicherten Familienangehörigen bei folgender Krankenkasse vorzunehmen und bin mit der Bearbeitung unserer Personendaten durch diese Krankenkasse einverstanden.

Name/Ort der Krankenkasse

Sollte keine Angabe zur aushelfenden Krankenkasse erfolgen, erhalten Sie von uns das Formular S1 zugestellt. Dieses Formular müssen Sie anschliessend selbst bei einer gesetzlichen Krankenkasse im Wohnland einreichen.

Sofern Ihre Familienangehörigen über keine AHV-Nummer verfügen, benötigen wir zur Beantragung zusätzlich nachfolgende Angaben sowie jeweils eine Ausweis-/Reisepasskopie oder eine Kopie der Geburtsurkunde:

Ehepartner/in oder eingetragene Partnerschaft

Vor- und Nachname der Mutter

Vor- und Nachname des Vaters

Unterstützungspflichtiges Kind
Vor- und Nachname des anderen Elternteils

Unterstützungspflichtiges Kind
Vor- und Nachname des anderen Elternteils

Vollmacht zur Familienpolice

Mit Unterzeichnung dieser Vollmacht zur Antragstellung und Versicherungsadministration im Verbund bestätigt die unterzeichnende Person, dass ein Versicherungsantrag im Verbund gestellt werden soll. Das heisst, es wird ein Antrag für mehrere Personen gestellt, die zusammen eine Familienkonstellation (z.B. Ehemann und Ehefrau inklusive Kinder/Konkubinatspartner/Grosseltern und Enkel) bilden.

Die Versicherungsabwicklung im Verbund bedeutet zudem, dass alle Dokumente (wie z.B. Aufnahmeentscheide, Prämien- und Kostenbeteiligungsrechnungen, Leistungsabrechnungen, Versicherungspolicen, Versichertenkarten, Steuernachweise, Korrespondenzen zu Leistungsrückerstattungen, Versicherungsdeckungen etc.) im Rahmen des Versicherungsverhältnisses als Familienpolice (Familieninkasso) geführt werden und die nachfolgend als Vertragskontakt definierte Person als Zahler/in sämtlicher Prämien der Familienpolice (d.h., der Vertragskontakt ist dafür verantwortlich, dass die Prämien sämtlicher Versicherungsnehmer/innen der Familienpolice gesamthaft einbezahlt werden) und Kostenbeteiligungen sowie als Korrespondenzempfänger/in geführt wird und die Leistungsauszahlungen erhält. Dementsprechend werden jegliche Korrespondenz sowie die darin enthaltenen Angaben, inklusive besonders schützenswerter Personendaten wie Daten über die Gesundheit, von SWICA dem Vertragskontakt zugesendet oder an ihn weitergegeben. Die Zustellung erfolgt grundsätzlich für die gesamte Korrespondenz, inklusive Verfügungen, rechtsverbindlicher Mitteilungen und fristgebundener Entscheide. SWICA lehnt für die Folgen der Preisgabe der Daten durch den Vertragskontakt jegliche Haftung ab und SWICA haftet auch nicht für die Folgen, die sich aus einer allenfalls verzögerten Weiterleitung von Informationen durch den Vertragskontakt an die versicherte Person ergeben. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller	
Unterschriften aller volljährigen mitversicherten Personen		

041d/online/8.2026