

Gesundheitsdeklaration Helsana Business Salary/Accident

<input type="radio"/> Neuabschluss	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Versicherungsänderung	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Vertrags-Nr.	<input type="text"/>	Beginn	Personengruppe
Zu versichernde Person		Name, Vorname	
<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich	Privatadresse, Strasse, Nr.	
Geburtsdatum		PLZ, Ort	
Zu versicherndes Einkommen		CHF	pro Jahr
Beantragte Versicherungsdeckung		<input type="radio"/> Krankheit	<input type="radio"/> Unfall Sozialversicherungs-Nr.

Jede der nachfolgenden Fragen muss von der zu versichernden Person oder von deren gesetzlichen Vertreter persönlich beantwortet werden. Die zu versichernde Person kann das ausgefüllte Formular in einem verschlossenen Umschlag an Helsana zur medizinischen Risikoprüfung einreichen.

1. Bestehen andere Versicherungen für Lohnausfall (Taggeld) bei Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein
Wenn ja:

Versicherer (ausgenommen SUVA/UVG)	<input type="text"/>	Höhe in CHF	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Unfall	<input type="radio"/> Krankheit	<input type="radio"/> pro Tag	<input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> jährlich
<input type="radio"/> Unfall	<input type="radio"/> Krankheit	<input type="radio"/> pro Tag	<input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> jährlich

Fragen zur Deckung Krankheit und Unfall

2. a) Tätigkeit in der vorerwähnten Firma
Welche?

Arbeitszeit	Std./Woche	Einkommen in CHF	<input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> jährlich
-------------	------------	------------------	--

b) Bisherige Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit
Welche?

Arbeitszeit	Std./Woche	Einkommen in CHF	<input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> jährlich
-------------	------------	------------------	--

c) Andere Erwerbstätigkeit(en)
Welche?

Arbeitszeit	Std./Woche	Einkommen in CHF	<input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> jährlich
-------------	------------	------------------	--

d) Treiben Sie Sport?
 Ja Nein
Ja, welche Art(en)

e) Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren* ausgesetzt oder treiben Sie wettkampfmässig Sport?
Ja, welche?
 Ja Nein
* z. B. Motorsport, Delta-/Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen, Bergsteigen, Canyoning

3. a) Sind Sie zur Zeit arbeits-/erwerbsunfähig?
 Ja Nein
Ja, Grad der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit: %

b) Mussten Sie in den letzten 5 Jahren Ihre Tätigkeit (Arbeit/Hausarbeit/Ausbildung) jemals länger als 3 Wochen zusammenhängend unterbrechen?
 Ja Nein
Ja, bitte in Frage 11 beschreiben.

c) Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen und/oder beziehen Sie eine Rente oder Taggelder?
Ja, welche?
 Ja Nein
(z. B. von IV, MV, SUVA/UVG oder anderen Versicherungen)
Seit wann? Invaliditätsgrad: %

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten und/oder bestehen noch Folgen eines Unfalls?
 Ja Nein
Ja, bitte in Frage 11 beschreiben.

5. Sind Sie HIV-infiziert?
 Ja Nein

6. a) Trinken/tranken Sie regelmässig* Alkohol? *mehr als 0,5 l Wein, 1 l Bier oder 1,5 dl Spirituosen täglich
 Ja Nein

b) Rauchen Sie mehr als 20 Zigaretten, 6 Zigarren oder 4 Pfeifen pro Tag?
 Ja Nein

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

c) Nehmen/nahmen Sie Drogen als Rauschmittel ein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ja, welche?		
Wie oft?	von	bis

7. Nehmen/nahmen Sie in den letzten 10 Jahren regelmässig Medikamente* ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ja, welche?		
	von	bis

*ausgenommen Antibabypille

8. Körperbau	Grösse (cm)	Gewicht (kg)
--------------	-------------	--------------

Fragen zur Deckung Krankheit (Nicht zu beantworten, wenn nur Deckung für Unfall beantragt wird.)

9. a) Sind Sie zur Zeit in Behandlung bzw. Kontrolle (Arzt, Naturarzt, Therapeut etc.) oder steht eine solche bevor?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ja, warum?		

b) Wurde Ihnen eine Untersuchung/medizinische Abklärung empfohlen, jedoch noch nicht durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ja, warum?		

10. Wurde in den letzten 10 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden durchgeführt?	Wegen Krankheit oder Störung:		
	a) der Atemwege/-organe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	b) des Herzens, der Blutgefässe, des Kreislaufsystems?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	c) des Nervensystems oder der Psyche?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	d) der Verdauungsorgane?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	e) der Harn- oder Geschlechtsorgane?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	f) der Haut oder Allergien?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	g) der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	h) des Stoffwechsels oder der Drüsen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	i) des Blutes oder Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	j) der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	k) Tumorleiden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn eine Frage mit Ja beantwortet wird, bitte in Frage 11 beschreiben.	l) einer anderen oben nicht genannten Erkrankung Gebrechen oder Missbildung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

11. Ergänzende Angaben (Krankheit und Unfall)
 Falls Sie unter 3b), 4 oder 10 eine oder mehrere Fragen mit **Ja** beantwortet haben, bitte hier näher beschreiben.

Frage	Art der Krankheit/Störung (Diagnose) oder des Unfalls, der Beschwerden oder Ergebnis/Grund der Arbeitsunfähigkeit, Behandlung, Kontrolle oder Untersuchung	Datum von – bis	Name und Adresse vom behandelnden Arzt/Naturarzt, Therapeut/Spital	folgenlos geheilt
				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Name	Vorname	Geburtsdatum
12. Arzt, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann	Name Strasse, Nr. PLZ, Ort	

«Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet habe. Unvollständige oder falsche Angaben gelten als Anzeigepflichtverletzung**. Als Folge kann eine Kündigung des Vertrages oder ein Leistungsausschluss ausgesprochen werden.

Ebenso bestätige ich für den Fall, dass mein Versicherungsbetreuer den Antrag vor Ort für mich ausgefüllt hat, dass ich dessen Eingaben überprüft habe und diese vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Mit Einreichen des Antrages entbinde ich hiermit Leistungserbringer, andere Sozial- und Krankenversicherer, Vertrauensärzte und andere zuständige Stellen von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Helsana-Gruppe (Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG) und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der beantragten Versicherung erforderlichen Auskünfte insbesondere Gesundheits- und Bonitätsdaten (für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung**) zu erteilen.

Hiermit ermächtige ich die Helsana-Gruppe in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Krankentaggeldversicherung nach KVG oder VVG, aus der Grundversicherung nach KVG, und/oder aus der Krankenzusatzversicherung nach VVG Einsicht zu nehmen und dieses zu bearbeiten.

Sämtliche erhaltene Daten werden durch die Helsana-Gruppe (Postfach, 8081 Zürich) zum Zweck der Risikoprüfung und Vertragsabschluss sowie zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung** bearbeitet.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf helsana.ch/datenschutz.

** Eine Anzeigepflichtverletzung liegt insbesondere dann vor, wenn ich auf der Gesundheitsdeklaration unvollständige oder falsche Angaben mache.».

Ort und Datum	Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter	Unterschrift allfälliger Berater
---------------	---	----------------------------------