

Gesundheitsdeklaration Helsana Business Salary/Accident

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

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

1 Bestehen andere Versicherungen für Lohnausfall (Taggeld) bei Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein

Wenn ja:

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

Fragen zur Deckung Krankheit und Unfall

<p>2 a) Tätigkeit in der vorerwähnten Firma</p> <p>Arbeitszeit Std./Woche</p> <hr/> <p>b) Bisherige Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit</p> <hr/> <p>c) Andere Erwerbstätigkeit(-en)</p> <p>Arbeitszeit Std./Woche</p> <hr/> <p>d) Treiben Sie Sport?</p> <hr/> <p>e) Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren* ausgesetzt oder treiben Sie wettkampfmässig Sport?</p> <p><small>* z. B. Motorsport, Delta-/Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen, Bergsteigen, Canyoning</small></p>	Welche? <hr/> Einkommen CHF <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <hr/> Welche? <hr/> Einkommen CHF <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <hr/> Welche? <hr/> Einkommen CHF <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <hr/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> Ja, welche Art(-en)? <hr/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> Ja, welche? <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> Ja, Grad der Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit: % <hr/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> Ja, bitte in Frage 11 beschreiben. <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> Ja, welche? <hr/> <hr/> Seit wann? Invaliditätsgrad: <hr/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/> Ja, bitte in Frage 11 beschreiben. <hr/>
<p>3 a) Sind Sie zur Zeit arbeits-/erwerbsunfähig?</p> <hr/> <p>b) Mussten Sie in den letzten 5 Jahren Ihre Tätigkeit (Arbeit/Hausarbeit/Ausbildung) jemals länger als 3 Wochen zusammenhängend unterbrechen?</p> <hr/> <p>c) Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen und/oder beziehen Sie eine Rente oder Taggelder? (z. B. von IV, MV, SUVA/UVG oder anderen Versicherungen)</p> <hr/> <p>4 Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten und/oder bestehen noch Folgen eines Unfalls?</p> <hr/>	

Fortsetzung nächste Seite

5 Sind Sie HIV-infiziert? Ja Nein

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

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

c) Nehmen/nahmen Sie Drogen als Rauschmittel ein? Ja Nein

7 Nehmen/nahmen Sie in den letzten 10 Jahren regelmässig Medikamente* ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet? Ja Nein
*ausgenommen Antibabypille

Ja, welche?

Wie oft? von bis

Ja, welche?

von bis

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? Ja Nein

Ja, warum?

b) Wurde Ihnen eine Untersuchung/medizinische Abklärung empfohlen, jedoch noch nicht durchgeführt? Ja 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? Ja Nein

b) des Herzens, der Blutgefässe, des Kreislaufsystems? Ja Nein

c) des Nervensystems oder der Psyche? Ja Nein

d) der Verdauungsorgane? Ja Nein

e) der Harn- oder Geschlechtsorgane? Ja Nein

f) der Haut oder Allergien? Ja Nein

g) der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule? Ja Nein

h) des Stoffwechsels oder der Drüsen? Ja Nein

i) des Blutes oder Infektionskrankheiten? Ja Nein

j) der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)? Ja Nein

k) Tumorleiden? Ja Nein

l) einer anderen oben nicht genannten Erkrankung Gebrechen oder Missbildung? Ja Nein

Wenn eine Frage mit «Ja» beantwortet wird, bitte in Frage 11 beschreiben.

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	Jahr/Datum von – bis	Name und Adresse vom behandelnden Arzt/Naturarzt, Therapeut/Spital	folgenlos geheilt
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

12 Arzt, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann

Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet habe.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches und vertrauensärztliches Personal, Behörden, Amtsstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Helsana-Gruppe (Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG, Helsana Unfall AG, Helsana Beteiligungen AG, Helsana und Procure Vorsorge AG) und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der beantragten Versicherung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Ich ermächtige die Risikoprüfungsabteilung, Einsicht in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen.

Die gemachten Angaben dienen ausschliesslich zur Risikoüberprüfung für die beantragte Versicherungsdeckung und zur Abklärung einer allfälligen Anzeigepflichtverletzung. Sie werden nur solange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie eine allfällige Wiedererwägung zu Gunsten eines vorerst abgelehnten Antragstellers zwingend erfordern.

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