



## Gesundheitsdeklaration Helsana Business Salary/Accident

- Neuabschluss  
 Versicherungsänderung

**Vertrags-Nr.**

**Zu versichernde Person**

- männlich       weiblich

Geburtsdatum

Zu versicherndes Einkommen

Beantragte Versicherungsdeckung

Firma

PLZ, Ort

Beginn

Personengruppe

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

CHF

pro Jahr

Krankheit

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 zuhanden der medizinischen Risikoprüfung einreichen.**

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

Versicherer (ausgenommen SUVA/UVG)

Höhe in CHF

Unfall     Krankheit

pro Tag     monatlich     jährlich

Unfall     Krankheit

pro Tag     monatlich     jährlich

**Fragen zur Deckung Krankheit und Unfall**

- 2 a) Tätigkeit in der vorerwähnten Firma?

Arbeitszeit                      Std. pro Woche

Welche

Einkommen    CHF

monatlich     jährlich

- b) Bisherige Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit?

Welche

Einkommen    CHF

monatlich     jährlich

- c) Andere Erwerbstätigkeit(-en)

Arbeitszeit                      Std. pro Woche

Welche

Einkommen    CHF

monatlich     jährlich

- d) Treiben Sie Sport?

Ja     Nein

Ja, welche Art(-en)?

- e) Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren\* ausgesetzt oder treiben Sie wettkämpfmässig Sport?

Ja     Nein

Ja, welche

\* 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     Nein

Ja, welche

(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

Fortsetzung nächste Seite

Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_ Name, Vorname \_\_\_\_\_

5 Sind Sie HIV-infiziert? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

6 a) Trinken/tranken Sie regelmässig\* Alkohol? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
\*mehr als 0.5l Wein, 1l Bier oder 1,5dl 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

Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Wie oft \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

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

Wenn eine Frage mit «Ja» beantwortet wird, bitte in Frage 11 beschreiben. l) einer anderen oben nicht genannten Erkrankung, Gebrechen oder Missbildung? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Ergänzende Angaben (Krankheit und Unfall)**

11 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, Progrès Versicherungen AG, sansan Versicherungen AG, avanex Versicherungen AG, Helsana Unfall AG, Helsana Beteiligungen AG, Helsana und PROCARE 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 \_\_\_\_\_