

Gesundheitsdeklaration für Krankentaggeldversicherungen

Neuaufnahme Versicherungsänderung

1. Versicherungsnehmer/in

Firma: _____

2.1 Personalien

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon Privat: _____ Geschäft: _____ Mobile: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Jahreslohnsumme CHF: _____ Feste Lohnsumme AHV-Lohnsumme

3 Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person

3.1 Bestehen Krankheiten, psychische Störungen oder Beschwerden, Gebrechen, Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls oder haben Sie eingesetzte Implantate oder körperfremde Materialien? Ja Nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

3.2 Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, von wann bis wann? Aufgrund welcher Diagnose?

3.3 Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? Aufgrund welcher Diagnose?

3.4 Nehmen Sie zurzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, Name des Medikaments? Dosierung? Dauer der Einnahme? Aufgrund welcher Diagnose?

3.5 Bestehen Alkohol-, Drogen- oder Suchtmittelprobleme oder haben solche in den letzten 10 Jahren bestanden? Ja Nein

Wenn ja, welche? Wann?

3.6 Sind Sie zurzeit in einer ärztlichen oder therapeutischen Behandlung oder waren Sie in den letzten Ja Nein

- 10 Jahren in stationärer Behandlung (Spital, Entzugsklinik, Kur, Rehabilitation usw.)?
- 5 Jahren bei einem Arzt (Hausarzt, Psychiater usw.) oder Therapeuten in Behandlung?

Wenn ja, bitte präzisieren Sie die Angaben unter «Details zur Gesundheitsdeklaration»

3.7 Steht eine Behandlung bei einem Arzt und/oder Therapeuten bevor oder wurde Ihnen diese empfohlen (inkl. Abklärung, Operation, alternative Behandlung, Prävention, Kontrolluntersuchung usw.)? Ja Nein

Wenn ja, was? Wann? Aufgrund welcher Diagnose?

3.8 Beziehen Sie zurzeit oder bezogen Sie in den letzten 5 Jahren ein Taggeld, eine Rente oder Leistungen einer anderen Versicherung (z.B. IV, UV, MV, Krankentaggeld usw.)? Ja Nein

Wenn ja, Grund? Wann? Zudem ist eine Kopie des Entscheides beizulegen (z.B. IV-Bescheinigung)

3.9 Körperbau: **Grösse (cm)** _____ **Gewicht (kg)** _____

3.10 Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin

3.11 Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Krankheitsgeschichte informiert ist:

Details zur Gesundheitsdeklaration

Diagnose	Körper- teil (links/ rechts)	Grund, Ursache, Hinweise, Bemerkungen, Symptome	Behandlung von/bis (Monat/Jahr)	Behandlungsart (operiert, Physiotherapie, Medikamente, etc.)	Behandlung erfolgte durch (Name/Vorname)	Absolut folgenlos ausgeheilt?
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wichtige Bestimmungen VVG

Die versicherte Person ermächtigt die CSS, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden, aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes, Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes und der Schadenerledigung notwendig sind. In diesen Fällen befreit sie die angefragten Stellen gegenüber der CSS von ihrer Schweigepflicht und/oder ihrem Berufsgeheimnis. Die versicherte Person bestätigt, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Sie bestätigt, den Inhalt dieses Dokumentes gelesen und verstanden zu haben, und erklärt sich damit einverstanden. Die Gesundheitsdeklaration bildet einen integrierenden Bestandteil des Versicherungsvertrages. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Die Bearbeitung erfolgt nur solange und soweit, wie es die gesetzlichen Bestimmungen erfordern.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Das ausgefüllte Formular kann auf Wunsch von der unterzeichnenden Person ohne Weiterleitung an den Arbeitgeber direkt an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse gesendet werden.

Interne Vermerke

Entscheid

Datum

Vorname, Name

Visum
