

Gesundheitsdeklaration für Krankentaggeldversicherung

1. Versicherungsnehmer/in

Firma: _____

2. Personalien

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Berufliche Tätigkeit: _____ Eintritt in die Firma? _____

Früherer Arbeitgeber: _____ Bis wann? _____

Krankentaggeldversichert? Ja Nein Falls ja, bei welcher Gesellschaft? _____

Ist jemals ein Antrag für eine Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung abgelehnt oder nur zu erschweren Bedingungen angenommen worden, oder ist ein solcher Vertrag gekündigt worden? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Versicherer? _____ Krankheit? _____ Unfall? _____

Grund der Ablehnung: _____

Sind Sie noch anderweitig für Taggeld oder Lohnausfall versichert? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____ Leistungen? _____

3. Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person

1. Beziehen Sie eine IV-/MV-Rente Ja Nein

Wenn ja: IV-Rente (%) _____ seit wann: _____ MV-Rente (%) _____ Seit wann: _____

2. Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, Anomalien, Geburtsgebrechen, Folgen eines Unfalls und/oder einer Krankheit? Ja Nein

Zur mit "Ja" beantworteten Frage bitte detaillierte Angaben machen: (Bei Platzmangel bitte weitere Angaben auf der Rückseite)

Diagnose	Grund, Ergebnis, Befund	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

3. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Unfälle, Beschwerden, Gesundheitsstörungen, Anomalien, Geburtsgebrechen oder Schwangerschaften, die zu einer A) Untersuchung, B) Beratung, C) Behandlung oder D) Kontrolle bei einem Arzt, Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Osteopathen, einer Person für traditionelle chinesische Medizin oder anderen medizinisch geschulten Personengeführt haben? Ja Nein

Zur mit "Ja" beantworteten Frage bitte detaillierte Angaben machen: (Bei Platzmangel bitte weitere Angaben auf der Rückseite)

Art? (A,B,C,D)	Grund, Ergebnis, Befund	Behandlung von/bis (Monat/Jahr)	Behandlung erfolgte durch (Name/Vorname)	Absolut folgenlos ausgeheilt?
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4. Haben Sie eine Krankheit oder einen Unfall, die/der Ihre Arbeitsfähigkeit einschränkt? Ja Nein
5. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Krankheit oder einen Unfall, die/der Ihre Arbeitsfähigkeit mehr als 4 Wochen ununterbrochen eingeschränkt hat? Ja Nein

Zur mit "Ja" beantworteten Frage bitte detaillierte Angaben machen: (Bei Platzmangel bitte weitere Angaben auf der Rückseite)

Diagnose	Grund, Ergebnis, Befund	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

6. Körperbau: **Grösse (cm)** _____ **Gewicht (kg)** _____

7. Welcher Arzt ist am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert (Name, Adresse)?

Bestätigung / Datenschutz

Mit "Basler" ist nachstehend sowohl die Basler Versicherung AG, die Basler Leben AG, die Bâloise- Sammelstiftung für die obligatorische berufliche Vorsorge, die Bâloise-Sammelstiftung für die ausserobligatorische berufliche Vorsorge wie auch die Trigona und Perspectiva Sammelstiftungen für berufliche Vorsorge gemeint.

Hiermit bestätige ich, alle Fragen verstanden sowie wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bis zum Abschluss der Risikoprüfung jede Gesundheitsveränderung zu melden habe. Ich weiss, dass bei einer nicht vollständigen und nicht wahrheitsgetreuen Beantwortung der vorstehenden Fragen der Versicherungsschutz gekürzt oder verweigert werden kann, selbst wenn die Antworten von einer anderen Person geschrieben worden sind (Art. 4 ff. VVG).

Ich ermächtige die Basler, die zur Antragsprüfung, Vertragsabwicklung (inkl. Leistungsfall) und zur laufenden Optimierung der Marktleistungen erforderlichen Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an Rück- und Mitversicherer, andere Involvierte im In- und Ausland sowie an die Gesellschaften der Basler zur Datenbearbeitung übermitteln
- Bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktiker, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), bei Sozial- (AHV, IV, UVG-, KVG-Versicherung) sowie Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern und Dritten sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen
- Personendaten inkl. Gesundheitsdaten anderen Versicherungsbereichen innerhalb der Basler übermitteln zur Prüfung dort eingereicherter Versicherungsanträge
- dem Schweizerischen Kaderverband die Schadens- und Vertragskorrespondenz direkt zuzustellen

Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages.

Die eingangs aufgelisteten, zur Basler gehörenden Gesellschaften gewähren sich untereinander sowie gegenüber der Baloise Bank SoBa AG und der Bâloise Asset Management Schweiz AG Zugriff auf die Vertragsgrunddaten. Diese Daten dürfen auch zu Marketingzwecken innerhalb dieser Gesellschaften verwendet werden. Ich nehme von meinem Recht Kenntnis, der Basler meinen Werbeverzicht mitteilen zu können (Basler Versicherung AG, Kundenservice-Center, Aeschengraben 21, Postfach 2275, 4002 Basel).

Ebenfalls habe ich das Recht, von der Basler die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte über die Bearbeitung der mich betreffenden Daten zu verlangen.

Ort und Datum:

Unterschrift der zu versicherten Person:

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

Schweizerischer Kaderverband, Zentralsekretariat, Lic. oec. H.J. Gerosa AG, Florastrasse 4, 9000 St. Gallen
Telefon 071 245 84 25, info@kaderverband.ch, www.kaderverband.ch