



## Gesundheitsfragen

---

Name	Geburtsdatum		
Vorname	Telefon Privat		
Strasse	Telefon G		
PLZ / Ort	Mitglieds Nr.		
Fam. Oberhaupt	Nationalität		
Alter	Geschlecht	männlich	weiblich

## Fragebogen

---

1. Bei welchem Versicherer waren Sie zuletzt versichert? (Bitte genaue Adresse angeben)

---

2. Sind Sie noch bei einem anderen Versicherer versichert? ja nein

---

3. Sind Sie schon von Versicherern ausgeschlossen oder abgewiesen worden? ja nein

---

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Unfälle durchgemacht? ja nein

Wenn ja; welche?

---

Welche Folgen haben die Krankheiten oder Unfälle hinterlassen?

---

5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in einem Spital, in einer Kur- oder Heilanstalt in Behandlung? ja nein

Wenn ja; in welchen?

---

6. Sind Sie heute vollständig gesund? ja nein

---

7. Wann waren Sie das letzte Mal in ärztlicher Behandlung?

Für welche Krankheit waren Sie in Behandlung?

---

8. Bei Frauen: Besteht Schwangerschaft? ja nein

---

9. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja; wieviel?

---

10. Gewicht: Grösse:

---

11. Beziehen Sie Taggelder (z.Bsp. Arbeitslosenversicherung) oder eine Rente (z.Bsp. IV)? ja nein

Wenn ja; welche?

---

12. Steht ein Spitalaufenthalt bevor? ja nein

Wenn ja; wann?

---

Der/die Unterzeichnete bescheinigt, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Bei unrichtiger oder unvollständiger Beantwortung können Leistungen gekürzt, verweigert oder zurückgefordert, ein rückwirkender Vorbehalt angebracht oder der Ausschluss angeordnet werden.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Versicherungsgesellschaft, jederzeit bei allen Medizinal- und/oder medizinisch/therapeutischen Personen sowie bei anderen Versicherern, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes und der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen, und befreit diese ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und der Schweigepflicht gegenüber der Versicherungsgesellschaft.

Ort/Datum:

Unterschrift:

---