

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

NAME und VORNAME:.....

(gegebenenfalls Mädchenname):.....

Geburtsdatum und -ort:.....

Adresse:.....

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Jede Frage muss zwingend mit JA oder NEIN beantwortet werden: bitte die entsprechende Antwort ankreuzen. Für jede JA-Antwort muss der Versicherungsnehmer die gewünschten zusätzlichen Angaben machen.

1	Bitte angeben	Ihre Größe:cm	Ihr Gewicht.....kg
2	Gab es in Ihrer Familie bereits Fälle von Herz-, Gefäß-, neurologischen oder psychiatrischen Krankheiten, von Krebs oder Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, beschreiben
3	Sind Sie für eine vorangehende Personenversicherung verweigert, verschoben oder unter Zahlung einer Zusatzprämie angenommen worden ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Datum + Motiv + Name der Gesellschaft
4	Üben Sie Sport aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche Sportart? Bitte geben Sie an, ob mit oder ohne Wettkämpfen.
5	Nehmen Sie täglich alkoholische Getränke zu sich (Bier, Wein, Aperitif) Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tägliche Mengen
6	Haben Sie bereits einen Unfall (Auto oder andere) erlitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche Verletzung (angeben, ob Sie ohnmächtig waren und wie lange), Daten, Folgeerscheinungen
7	Sind Sie von der Eigenbeteiligung befreit oder beziehen Sie eine Invaliditätsrente ? Wird oder wurde eine Invalidität beantragt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann – Motiv – Grad der Invalidität (bitte angeben ob zivil oder militärisch)

8	<p>Sind Sie zur Zeit in Arbeitsunterbrechung ?</p> <p>Haben Sie während der letzten 5 Jahre Ihre Arbeit länger als 3 aufeinanderfolgende Wochen unterbrechen müssen.?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Seit wann – Motiv Voraussichtliches Datum der Wiederaufnahme Wann – Dauer der Unterbrechung – Motiv</p>
9	<p>Während der letzten 10 Jahre Sind Sie in einem Krankenhaus oder einer gleichgestellten Institution verblieben, mussten Sie medizinische Untersuchungen (mit Ausnahme der Arbeits-medizin) oder eine spezialisierte Behandlung, wie Röntgenaufnahmen, Chemo- oder Kobalttherapie über sich ergehen lassen? Haben Sie sich einem Aidstest unterzogen (HIV)Hatten Sie eine Infektion im Anschluss an eine erworbene Immunschwäche (HIV)?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Daten – Dauer - Motiv - Resultate?</p> <p>Wenn ja, Datum und Resultat des Tests.</p>
10	<p>Litten oder leiden Sie an einer oder verschiedenen der folgenden Krankheiten: Kardiovaskuläre Krankheiten, Krankheiten des Verdauungssystems, der Luftwege, des Nervensystems, der Nieren, der Blase, der Geschlechtsorgane, der Drüsen oder des Stoffwechsels, der Knochen und Gelenke, neuro-psychiatrischer Art oder jeder anderer nicht aufgeführter Krankheit.</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Bitte angeben</p>

11	Müssen Sie in kürze hospitalisiert werden zwecks medizinischer Untersuchung, Eingriff oder Behandlung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wann – wofür
----	---	--	--------------

Ich Unterzeichnete/r bestätige, dass oben gemachte Angaben aufrichtig und wahr sind.

Um eine reibungslose Verwaltung des Vertrages zu gewährleisten, gebe ich hiermit mein besonderes Einverständnis zur Nutzung der mich betreffenden medizinischen Angaben (Artikel 7 des Gesetzes zum Schutz der Privatsphäre vom 8. Dezember 1992).

Ich erkläre ausdrücklich die schweren Konsequenzen, eine etwaige Zahlungsverweigerung der versicherten Garantien, durch eine absichtliche Auslassung oder Falschaussage mit der Zielsetzung die Versicherungsgesellschaft zu schädigen, zur Kenntnis genommen zu haben.

Die von Ihnen gemachten Angaben befinden sich in einer automatischen Datenverarbeitung der Zwischenberuflichen Vereinigung auf Gegenseitigkeit Securex-Leben. Ihr Zweck ist die Verwaltung von einzelnen und kollektiven Personenversicherungen. Gemäß dem Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Schutz der Privatsphäre, verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff und Berichtigung der Sie betreffenden Daten. Weitere diesbezügliche Informationen erhalten Sie beim durch die Kommission zum Schutz der Privatsphäre gehaltenen Register.

Getätigt zuam

(Unterschrift des/der Versicherten mit dem Vermerk „gelesen und genehmigt“).