

Gesundheitsdeklaration VSE Krankentaggeldversicherungen für Unternehmen

Versicherungsnehmer/in

Firma	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	

Versicherte Person

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Strasse, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon		
Gesundheitsdeklaration aufgrund	<input type="checkbox"/> Neuaufnahme	<input type="checkbox"/> Versicherungserhöhung
Bei der CSS / SWICA versichert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lohnsumme	<input type="checkbox"/> AHV-Lohnsumme	<input type="checkbox"/> feste Lohnsumme
Höhe	CHF	

1 Bestehen Krankheiten, psychische Störungen, Gebrechen, Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls (auch Zahnschäden), oder haben Sie eingesetzte Implantate oder körperfremde Materialien? Wenn ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2 Sind Sie vollständig arbeitsfähig? Wenn nein, seit wann? Warum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3 Benötigen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4 Bestehen Alkohol-, Drogen- oder Suchtmittelprobleme oder haben solche in den letzten 10 Jahren bestanden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5 Sind Sie in ärztlicher, zahnärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Wenn ja, warum? Name und Adresse der behandelnden Stelle:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

6	Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Naturheilarzt, Therapeuten, in einer Klinik, Kur, krank oder verunfallt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, bitte nähere Angaben: Grund, Diagnose	Behandlung von/bis	Name und Adresse der Behandelnden Stelle	Behandlung abgeschlossen?	
		-			
		-			
		-			
		-			
		-			
7	Steht eine Behandlung, Zahnbehandlung, Therapie, Operation oder Kur bevor oder wurde Ihnen eine empfohlen? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
8	Ist bei Ihnen ein HIV-Test positiv ausgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> keinen Test gemacht	
9	Beziehen Sie Leistungen aus einer Sozialversicherung oder einer vergleichbaren privaten Versicherung? Wenn ja, welche? Bitte Verfügung oder Bescheid in Kopie beilegen.	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
10	Körpergrösse und Körpergewicht	cm		kg	
11	Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
12	Name und Adresse Ihres Hausarztes				

Wichtige Bestimmungen

Die versicherte Person entbindet Ärzte, andere Leistungserbringer, Sozial- und Privatversicherer sowie Behörden von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der CSS Versicherung AG / SWICA Gesundheitsorganisation und ermächtigt sie, alle erforderlichen Auskünfte, die zur Beurteilung des Versicherungsantrages und allfälliger späterer Leistungsfälle notwendig sind, einzuholen. Die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes werden gewährleistet.

Die versicherte Person bestätigt die Richtigkeit der Angaben. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung ist die CSS / SWICA berechtigt, die versicherte Person aus dem Kreis der versicherten Personen auszuschliessen.

Die Gesundheitsdeklaration bildet einen integrierenden Bestandteil des Versicherungsantrages vom ____ . ____ . _____

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person
------------	---------------------------------