

Gesundheitsfragen

1.1 Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____
Grösse (cm) _____ Gewicht (kg) _____ BMI (leer lassen) _____

1.2 Sind Sie zurzeit in ärztlicher, therapeutischer oder naturheilärztlicher Behandlung bzw. steht eine solche bevor oder haben Sie nicht ärztlich diagnostizierte physische oder psychische Beschwerden oder Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Name/Adresse des Arztes/Therapeuten/Spitals: _____

1.3 Waren Sie in den letzten fünf Jahren bei einem Arzt, Naturheilarzt, Therapeuten, Psychiater/Psychologen oder in einem Spital in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja:

Art der Krankheit/Unfall/Störung (Diagnose), der Beschwerden oder Ergebnis der Untersuchung/ Behandlung/Check-up	Zeitpunkt der Behandlung (Monat/Jahr)	Name/Adresse des behandelnden Arztes/ Naturheilarztes/Therapeuten/ Spitals	Vollständig geheilt?
--	---------------------------------------	--	----------------------

a) _____ von _____ bis _____ Ja Nein

b) _____ von _____ bis _____ Ja Nein

c) _____ von _____ bis _____ Ja Nein

1.4 Nehmen/nahmen Sie in den letzten fünf Jahren Medikamente ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet (ausgenommen Antibabypille)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

1.5 Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test mit Resultat «HIV-positiv» durchgeführt? Ja Nein

1.6 Wurde ein Hepatitistest (Hepatitis B, C) mit Resultat «positiv» durchgeführt? Ja Nein

1.7 Bestehen/bestanden Abhängigkeiten von Alkohol, Drogen, Medikamenten oder anderen Suchtmitteln? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____ von _____ bis _____

1.8 Haben Sie jemals Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht oder konsumieren Sie regelmässig Schnupftabak oder Snus (ab 12 Jahren zu beantworten)? Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt (Jahresangabe zwingend)? _____

Durchschnittlicher Tageskonsum? _____

1.9 Besteht eine Schwangerschaft (ab 12 Jahren zu beantworten)? Ja Nein

Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin? _____

1.10 Bestehen/bestanden Geburtsgebrechen oder beziehen/bezogen Sie Leistungen oder Renten der Eidgenössischen Invalidenversicherung (wenn ja, Kopie der Verfügung beilegen)? Ja Nein

1.11 Welches ist Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit? _____

1.12 Name/Adresse des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann:

Datum der letzten Konsultation (Monat/Jahr): _____

1.13 Frage zu beantworten für Kinder und Jugendliche von 6 bis 20 Jahren sowie Interessenten an der Zahnversicherung *denta* (jedes Alter):

a) Wann haben Sie das letzte Mal den Zahnarzt aufgesucht? Monat/Jahr: _____

b) Besteht eine Fehlstellung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein

c) Ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen? Ja Nein

d) Bestehen Erkrankungen des Zahnfleisches/Zahnbettes der Mundhöhle oder der Zähne (Bsp. Karies)? Ja Nein

e) Sind im Zusammenhang mit den Behandlungen weitere Zahnarztbesuche notwendig? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Name/Adresse des behandelnden Zahnarztes: _____

1.14 Frage zu beantworten für Personen, welche eine Lohnausfallversicherung *cash* oder *win* beantragen:

a) Mussten Sie in den letzten fünf Jahren Ihre berufliche Tätigkeit (Arbeit, Hausarbeit, Ausbildung) jemals länger als zwei Wochen zusammenhängend unterbrechen? Ja Nein

Wenn ja:

Grund der Arbeits-/ Erwerbsunfähigkeit	Dauer in Wochen	Datum Monat/Jahr	Name/Adresse des Arztes/Therapeuten/Spitals	Vollständig geheilt?
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

b) Wurden Sie jemals von einer Lohnausfallversicherung der *innova* und/oder eines anderen Versicherers für die volle oder teilweise Arbeitsunfähigkeit ausgesteuert (Krankheit oder Unfall)? Ja Nein

Wenn ja, Grund (Diagnose) _____ / Datum der Aussteuerung _____ /

Versicherer _____

c) Arbeitszeit pro Woche in Std. Arbeitgeber

d) Sind Sie: selbstständig angestellt Hausfrau/Hausmann
 arbeitslos in Ausbildung Rentner (AHV/IV)

e) Erwerbseinkommen: Pro Tag _____ Franken oder Jahreseinkommen _____ Franken

f) Besteht noch eine andere Taggeldversicherung? Ja Nein

Wenn ja, Name des Versicherers? _____

Leistungen pro Tag in Franken? _____ für Krankheit für Unfall

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau meinen Angaben entsprechen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ungenaue oder falsche Angaben *innova* berechtigen, in der Zusatzversicherung den Vertrag zu kündigen. Die Leistungspflicht von *innova* für bereits eingetretene Schäden erlischt nur, wenn deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist (Artikel 6 VVG). Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, Amtsstellen und andere Versicherungsgesellschaften von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber *innova* sowie weiteren Versicherungsträgern gemäss den von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der Versicherung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für anonymisierte statistische Auswertungen und für Marketingzwecke innerhalb von *innova* genutzt werden können. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich *innova* einen allfälligen Widerruf meiner Einwilligung für die Bearbeitung von meinen Daten für Marketingzwecke schriftlich mitteilen muss. Ich bestätige, vor Einreichung dieses Antrages die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Zusatzbedingungen (ZB) für die beantragten Zusatzversicherungen sowie die Kundeninformation nach Artikel 3 VVG und das Datenschutzmerkblatt erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben. Falls der Versicherungsabschluss über einen für *innova* tätigen Vertriebspartner erfolgt, bestätige ich, die Vertriebspartnerinformation gemäss Versicherungsaufsichtsgesetz (Artikel 45 VAG) erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers
bzw. des gesetzlichen Vertreters