

Gesundheitsfragen

1. Vorname	Name	Geburtsdatum
Grösse (cm)	Gewicht (kg)	BMI (leer lassen)

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

Wenn ja, weshalb/welche?

Name/Adresse des Arztes/Therapeuten/Spitals

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

Zum Beispiel wegen Krankheit oder Störung der Atemwege, Atemorgane; einem Unfall, Unfallfolgen oder einer Missbildung; des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems; des Nervensystems oder der Psyche; der Verdauungsorgane; der Harn- oder Geschlechtsorgane; der Haut oder Allergien; der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule; des Stoffwechsels, des Blutes oder Infektionskrankheiten; der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase), Tumor- oder Krebsleiden; wegen Gewichtsproblemen; einer anderen Erkrankung.

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		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b)	von bis		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c)	von bis		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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

Wenn ja, welche? von bis

Wenn ja, welche? von bis

5. Wurde Ihnen ein Implantat oder Fremdkörper eingesetzt (Brustimplantate, Prothesen, Gelenkersatz, Magenband, Stent usw.)? Ja Nein

Wenn ja:

Art des Implantats oder Fremdkörpers	Zeitpunkt der Behandlung (Monat/Jahr)	Name/Adresse des behandelnden Arztes/ Spitals
a)	von bis	
b)	von bis	
c)	von bis	

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

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

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

Wenn ja, welche? _____ von _____ bis _____

9. Haben Sie jemals Zigaretten, E-Zigaretten oder Verdampfer (Shisha oder E-Verdampfer mit oder ohne nikotinhaltige Zusätze), Zigarren oder Pfeife geraucht oder konsumieren Sie Schnupf-/Kautabak oder Snus (ab 12 Jahren zu beantworten)? Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt (Jahresangabe)? _____ Durchschnittlicher Tageskonsum? _____

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

Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin? _____

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

12. Welches ist Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit?

Name und Adresse des Arbeitgebers

13. Name/Adresse des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann

_____ Datum der letzten Konsultation (MM/JJ)

14. Frage zu beantworten für

– Kinder und Jugendliche von 6 bis 20 Jahren, welche einen Antrag für die *plus* Zusatzversicherung stellen

– alle Personen, welche einen Antrag für die *denta* Zahnversicherung stellen.

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: _____

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). Für die Überprüfung des Versicherungsantrages kann *innova* bei den im Gesundheitsfragebogen angegebenen Leistungserbringern, Behörden, Amtsstellen und anderen Versicherungsgesellschaften weitere Angaben anfordern. Dabei werden nur diejenigen Personen, Institutionen angefragt, die in dem in Frage stehenden Punkt genannt wurden. Mit meiner Unterschrift entbinde ich daher die angefragten Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, Amtsstellen und andere Versicherungsgesellschaften für die Dauer von drei Monaten ab Unterzeichnung dieses Antrags 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. Nach Ablauf von drei Monaten erlischt diese Befreiung von der Schweigepflicht. Ich nehme aber zur Kenntnis, dass von mir zu einem späteren Zeitpunkt eine entsprechende und aktuelle Erklärung einverlangt werden kann, wenn dies im Rahmen der Mitwirkungspflicht erforderlich ist. Dies namentlich zur Prüfung einer Leistungspflicht von *innova* oder zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung. 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