

Gesundheitserklärung

Kollektive Krankentaggeldversicherung

Fragen mit sind durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes zu beantworten.

A Zu versichernde Person

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Nationalität _____

Geschlecht männlich weiblich

Wurden Anträge von anderen Versicherungen abgelehnt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen? Ja Nein Wenn ja, weshalb? _____

Bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes oder des letztbehandelnden Arztes angeben:

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Falls von den Fragen 2 bis 6 und 11 bis 13 eine mit Ja beantwortet wird, sind unter der Rubrik C oder im Beiblatt nähere Angaben zu machen.

B Gesundheitserklärung

1. Fühlen Sie sich vollständig gesund? Ja Nein
 2. **Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher Behandlung, Kontrolle oder Abklärung? Wurden Sie von Ärzten, Psychiatern, Psychologen, Physiotherapeuten, Chiropraktoren, Naturheilärzten, Logopäden, Ergotherapeuten oder anderen Medizinalpersonen behandelt?** Ja Nein
 3. Weilten oder weilten Sie jemals in einem Spital, einer Spezialklinik, einem Sanatorium, einem Kurhaus oder in einer Entziehungskur? Ja Nein
 4. Ist eine ambulante Behandlung bzw. Operation oder ein Spital-/Kuraufenthalt vorgesehen, oder wurde Ihnen dies empfohlen? Ja Nein
 5. Haben Sie sich jemals einer Operation unterzogen? Ja Nein
 6. Bestehen Folgen einer Krankheit, eines Unfalles, leiden Sie an Geburts- oder anderen Gebrechen, oder bestehen ärztlich festgestellte Krankheitsanlagen? Ja Nein
 7. Körpermasse: _____ Grösse _____ cm Gewicht _____ kg
 8. Wurde bei Ihnen ein HIV-/Hepatitis-Test (Hepatitis B, C) durchgeführt? Ja Nein
- Wenn ja, wann? _____
- HIV positiv HIV negativ kein Test durchgeführt
- Hepatitis positiv Hepatitis negativ kein Test durchgeführt
9. Nehmen Sie aktuell regelmässig Medikamente ein oder haben Sie in den letzten fünf Jahren regelmässig Medikamente eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche, wie oft, wie lange und aufgrund welcher Krankheit/Beschwerden?

Name Medikament	Anzahl/Tag	Dauer	Krankheit/Beschwerden
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

10. Konsumieren Sie regelmässig Nikotin und/oder konsumieren/konsumierten Sie regelmässig Alkohol, Drogen oder Ähnliches? Ja Nein
- Wenn ja, bitte Einheiten/Stückzahl pro Tag/Woche angeben:
- | | | |
|---|---|---|
| <p>Nikotin (Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Shishas, Pfeifen)</p> <p>Was _____</p> <p>Stückzahl _____
pro Tag</p> | <p>Alkohol (1 Einheit = 1 dl Wein, 3 dl Bier oder 4 cl Spirituosen)</p> <p>Was _____</p> <p>Anzahl Einheiten _____
Wein/Bier pro Woche</p> <p>Anzahl Einheiten _____
Spirituosen pro Woche</p> <p>Von _____ bis _____</p> | <p>Drogen (Cannabis, Marihuana, Hanf und Haschisch, Crack, Ecstasy, Halluzinogene, Heroin, Kokain, LSD, Opiate, Speed, weitere)</p> <p>Welche _____</p> <p>Stückzahl _____
pro Tag</p> <p>Von _____ bis _____</p> |
|---|---|---|
11. Haben Sie schon Unfälle erlitten? Ja Nein
- Sind diese vollständig ausgeheilt? Ja Nein
- Bestehen Folgen mit möglicher Therapiebedürftigkeit? Ja Nein
- Bei wem waren Sie gegen dieses Unfallereignis versichert? _____
12. Ist gegenwärtig Ihre Erwerbs- oder Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Ja Nein
- Bestand je eine teilweise oder vollständige Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 Tagen? Ja Nein
13. Erhalten oder erhielten Sie Versicherungsleistungen der Unfall-, Militär- oder Invalidenversicherung, Pensionskasse (BVG) oder einer anderen Versicherung? Oder sind Sie dafür angemeldet (falls vorhanden, bitte Verfügung beilegen)? Ja Nein
14. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Wenn ja, bitte voraussichtlichen Geburtstermin angeben. _____

C Ergänzende Angaben zu den in der Rubrik B mit Ja beantworteten Fragen:

Frage Nr.	Art der Krankheit, Verletzung, Gesundheitsstörung	Beginn	Dauer	Vollständig ausgeheilt		Behandelnder Arzt (Name und vollständige Adresse)
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____

Besondere Bemerkungen:

Erklärung des/der Unterzeichnenden

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und dass auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau meinen Angaben entsprechen. Ich bin mir bewusst, dass SWICA berechtigt ist, bei unwahrer oder unvollständiger Gesundheitserklärung bzw. Krankengeschichte die Leistungen zu kürzen, zu verweigern oder zurückzufordern, einen rückwirkenden Vorbehalt bzw. Deckungsausschluss anzubringen oder die Versicherung durch Kündigung per sofort aufzulösen. Mit der Unterzeichnung dieses Antrages bestätige ich den Erhalt und die rechtsverbindliche Anerkennung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Zusatzbedingungen. Ich ermächtige SWICA und ihre Versicherungspartner, im Zusammenhang mit der Prüfung dieses Antrages sowie zur Prüfung einer allfälligen Anzeigepflichtverletzung bei allen Medizinal- und/oder medizinisch-therapeutischen Personen wie bei anderen Versicherern sowie bei den im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften innerhalb der SWICA-Gruppe die zur Beurteilung des Risikos für den beantragten Versicherungsschutz notwendigen Auskünfte einzuholen, und befreie diese ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und von der Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer. Weiter ermächtige ich SWICA, die Gesundheitserklärung an die Versicherungsträger der beantragten Versicherungen für die Prüfung des Antrages weiterzuleiten, und ermächtige diese, SWICA die entsprechenden Entscheide mitzuteilen. Ich nehme davon Kenntnis und bin damit einverstanden, dass meine Daten innerhalb der Organisationseinheit des zuständigen Versicherungsträgers sowie unter den im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften der SWICA-Gruppe ausgetauscht werden können. Diese Vollmacht kann vom/von der Unterzeichnenden jederzeit widerrufen werden. Dieser Antrag für eine Neuversicherung bzw. eine Versicherungsänderung gilt als angenommen, wenn ich die Versicherungspolice oder eine schriftliche Bestätigung erhalte.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller

Name und Unterschrift des Beraters

Name und Adresse des Arbeitgebers: