



Gesundheitsdeklaration Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

Versicherungsnehmer / Vertragspartner

Arbeitgeber / Versicherungsnehmer

Police Nr.

--	--

Persönliche Angaben

Grund für Gesundheitsdekl.

Neuaufnahme Versicherungserhöhung

Name, Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Geschlecht

männlich weiblich

Geburtsdatum

Nationalität

CH andere:

Beruf

Telefon Privat

Telefax Geschäft

Tel. Mobile

e-mail

Datum der Anstellung

Versicherungsbeginn

Lohnsumme

AHV-Lohnsumme Feste Lohnsumme



Allgemeine Fragen

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Sind Sie bei einer anderen Gesellschaft gegen Lohnausfall versichert?

ja nein

Wenn ja: Deckung?
Gesellschaft?

Krankheit Unfall Taggeld: Fr.

Wurden Anträge oder Policen von Krankenkassen / Versicherungen ausgesteuert, gekündigt, abgelehnt oder mit Einschränkung / Vorbehalt angenommen?

ja nein

Wenn ja: Krankenkasse / Versicherung?
Grund?

Beziehen Sie Leistungen aus einer Sozialversicherung oder einer vergleichbaren privaten Versicherung?

ja nein

Wenn ja: Welche? (Bitte Kopie Entscheid beilegen)

Gesundheitsfragen

Bestehen Krankheiten, psychische Störungen, Gebrechen, Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls (auch Zahnschäden), oder haben Sie eingesetzte Implantate oder körperfremde Materialien?

ja nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

Sind Sie voll arbeitsfähig?

ja nein

Wenn nein: Seit wann?
Warum?

Benötigen Sie regelmässig Medikamente?

ja nein

Wenn ja: Welche?

Bestehen Alkohol, Drogen oder Suchtmittelprobleme oder haben solche bestanden (10 Jahre)?

ja nein

Wenn ja: Welche?

Sind Sie in ärztlicher, zahnärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

ja nein

Wenn ja: Warum?
Name und Adresse der behandelnden Stelle?

Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Naturheilarzt, Therapeuten, in einer Klinik oder Kur infolge Krankheit oder Unfall in Behandlung?

ja nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

Grund, Diagnose Behandlung von - bis Name und Adresse der behandelnden Stelle

Grund, Diagnose	Behandlung von - bis	Name und Adresse der behandelnden Stelle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



KSM
Krankenkasse Schweizerischer Metallbauern
Rohrstrasse 36 • Postfach • 8152 Glattbrugg
T 043 433 20 40 • F 043 433 20 44
info@ksm-versicherung.ch • www.ksm-versicherung.ch

Steht eine Behandlung, Zahnbehandlung, Therapie, Operation oder Kur bevor oder wurde eine empfohlen?

ja nein

Wenn ja:

Warum?

Name und Adresse der behandelnden Stelle?

Sind Sie HIV-positiv getestet worden?

ja nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Name und Adresse des Hausarztes?

Unterschrift und Erklärung

Der/Die Antragsteller/in bestätigt, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und die Statuten mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in ihrer jetzigen Form anzuerkennen. Die zu versichernde Person ermächtigt die KSM zum Einholen von Auskünften bei Medizinalpersonen, amtlichen Stellen und anderen Versicherungsträgern.

Die KSM hat das Recht auf Grund der deklarierten Angaben Leistungsvorbehalte anzubringen. Dies längstens für die Dauer von fünf Jahren.

Ort, Datum

Unterschrift Person