



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), haben Sie eingesetzte Implantate oder körperfremde Materialien oder bestehen andere körperliche Beeinträchtigungen?

ja nein

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

Sind Sie voll arbeitsfähig?

ja nein

Wenn nein: Seit wann?
Warum?

Waren Sie während mehr als 14 Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig (letzte 5 Jahre)?

ja nein

Wenn ja: Zeitspanne von - bis?
Grund?

Benötigen Sie regelmässig Medikamente?

ja nein

Wenn ja: Welche?

Konsumieren Sie Alkohol, Drogen oder Suchtmittel (letzte 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

<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"/>



Wurden in den letzten 5 Jahren spezielle Untersuchungen durchgeführt wie: Röntgen, MRI, CT (Computertomografie), Blutuntersuchungen (z.B. HIV-Test, Blutzucker etc.), EKG oder andere?

ja nein

Wenn ja, bitte um nähere Angaben:

Untersuchung / Diagnose ca. Datum Arzt/Spital: Name, PLZ, Ort

Untersuchung / Diagnose	ca. Datum	Arzt/Spital: Name, PLZ, Ort

Ist eine Zahnbehandlung, Therapie, Operation oder Kur vorgesehen oder wurde eine empfohlen?

ja nein

Wenn ja:

Welche?

Name und Adresse der behandelnden Stelle?

--

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Name und Adresse des Hausarztes?

--

Körpermasse:

Grösse

cm

Gewicht

kg

Unterschrift und Erklärung

Der/Die Antragsteller/in bestätigt, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und die Staturen 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