

# Gesundheitserklärung

## Kollektive Krankentaggeldversicherung

Fragen mit  bitte durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes beantworten.

### A Zu versichernde Person

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Telefonnummer	_____	E-Mail	_____
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	_____	Nationalität	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Berufliche Tätigkeit	_____		
Name des Betriebes/Arbeitgebers	_____		

### B Fragen zur Gesundheit

**Wichtig: Bitte bei Beantwortung der Fragen 4 bis 17 mit «Ja» unter «C» nähere Auskünfte erteilen.**

Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Krankheitsgeschichte Auskunft geben kann.

Praxis/Spital	_____	Name	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____

1. Fühlen Sie sich vollständig gesund?  Ja  Nein

2. Grösse, Gewicht \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

3. Wurde bei Ihnen ein HIV-/Hepatitis-Test (Hepatitis B, C) durchgeführt?  Ja  Nein

HIV-positiv     HIV-negativ     kein Test durchgeführt

Hepatitis-positiv     Hepatitis-negativ     kein Test durchgeführt

4. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder hatten Sie in den letzten sechs Monaten eine Entbindung?  Ja  Nein

Wenn ja: voraussichtlicher Geburtstermin \_\_\_\_\_ Gewicht vor Schwangerschaft \_\_\_\_\_ kg

5. Wurden bereits Anträge von SWICA oder anderen Versicherern abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen? (z.B. Deckungsausschluss, Risikozuschlag bzw. Prämienerrhöhung, Ablehnung des Antrags)  Ja  Nein

Wenn ja, weshalb und aufgrund welcher Diagnose? (bitte weiter gehende Informationen unter «D» aufführen)

6. Waren Sie in den letzten 12 Monaten oder sind Sie zurzeit in Behandlung, Kontrolle oder Abklärung? Oder beabsichtigen Sie eine solche resp. wurde eine solche empfohlen, jedoch nicht durchgeführt? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

(wie z.B. ärztliche, kosmetische, Schönheitschirurgische, heilpädagogische, psychiatrische, präventive, psychologische, physiotherapeutische oder komplementär-, alternativmedizinische, naturheilende Behandlungen/Kontrollen/Abklärungen etc.)

7. Bestehen/Bestanden in den letzten 10 Jahren Krankheiten/Störungen/Beschwerden resp. wurden diese ärztlich festgestellt und/oder therapeutisch behandelt? Wenn ja, welche? (wie z.B. Krankheit oder Störung der Atemwege, Atemorgane, des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems, des Nervensystems oder der Psyche, der Verdauungsorgane, der Nieren, der Harn- oder Geschlechtsorgane, der Haut oder Allergien, der Muskeln, der Knochen, der Gelenke oder der Wirbelsäule, des Stoffwechsels, des Blutes oder Infektionskrankheiten, der Sinnesorgane [Augen, Ohren, Nase], Tumor- oder Krebsleiden, Gewichtsprobleme, andere Erkrankung, Unfall, Suchtmittelentwöhnung oder Missbildung etc.)  Ja  Nein

8. Haben Sie jemals an einer Tumorerkrankung, einem Bandscheibenvorfall, einer psychischen Krankheit oder einer Herz-Kreislauf-Erkrankung gelitten? Wenn ja, woran?  Ja  Nein  
(wie z.B. Herzerkrankung, Herzinfarkt, Lungenembolie, Gefässkrankheiten, Schlaganfall, Tumore, Depression etc.)
- 
9. Weilen oder weilten Sie jemals in einem Spital, einer Spezialklinik, einem Sanatorium, einem Kurhaus oder in einer Entziehungskur?  Ja  Nein
- 
10. Hatten Sie jemals einen ambulanten oder stationären Eingriff/Operation oder wurde Ihnen dies empfohlen?  Ja  Nein  
Wenn ja, wurde Ihnen ein Implantat oder ein Fremdkörper eingesetzt?  Ja  Nein  
(Platten, Schrauben, Prothesen, Brustimplantate, Gelenkersatz, Magenband, Stent etc.)  
Was und wo? \_\_\_\_\_  verbleibt  entfernt  wird entfernt  
Wann wurde das Fremdmaterial eingesetzt? \_\_\_\_\_
- 
11. Bestehen Folgen einer Krankheit, eines Unfalles oder ärztlich festgestellter Krankheitsanlagen? Leiden Sie an Geburts- oder anderen Gebrechen?  Ja  Nein
- 
12. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren regelmässig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Name des Medikaments (genaue Bezeichnung)      Anzahl/Tag      Dauer von ... bis ...      Aufgrund welcher Krankheit/Beschwerden  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 
13. Konsumieren oder konsumierten Sie jemals regelmässig Nikotin, Alkohol, Drogen oder Ähnliches?  Ja  Nein  
 Nikotin (z.B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Shishas, Pfeifen, Snus)       Alkohol (1 Einheit = 1 dl Wein, 3 dl Bier oder 4 cl Spirituosen)       Drogen (z.B. Cannabis, Marihuana, Hanf und Haschisch, Crack, Ecstasy, Halluzinogene, Heroin, Kokain, LSD, Opiate, Speed, weitere)  
Was?      Stückzahl/Einheiten etc.      pro Tag/Woche/Monat/Jahr      Dauer von ... bis ...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 
14. Haben Sie schon Unfälle erlitten?  Ja  Nein  
Wenn ja, sind die dadurch erlittenen Verletzungen vollständig ausgeheilt?  Ja  Nein  
Bestehen Folgen mit möglicher Therapiebedürftigkeit?  Ja  Nein  
Bei welcher Versicherung waren Sie gegen dieses Unfallereignis versichert? \_\_\_\_\_
- 
15. Ist gegenwärtig Ihre Erwerbs- oder Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?  Ja  Nein
- 
16. Bestand je eine teilweise oder vollständige Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit von mehr als 14 Tagen?  Ja  Nein
- 
17. 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

## C Ergänzende Angaben zu Fragen 4 bis 17

Damit Rückfragen möglichst vermieden werden können, bitten wir Sie um eine genaue Ausführung.

Frage Nr. (Rubrik B): \_\_\_\_\_ Bitte geben Sie die genaue Diagnose, die genaue Krankheit und den betroffenen Körperteil an:

Beginn: \_\_\_\_\_ Welche Seite ist betroffen? (falls Angabe möglich)  Links  Rechts  
Ist die Krankheit vollständig/folgenlos ausgeheilt?  Ja  Nein  
Bestehen noch Beschwerden oder erfolgen noch Behandlungen?  Ja  Nein  
Falls nein: Datum der letzten Behandlung \_\_\_\_\_  
Behandelnder Arzt:  
Praxis/Spital \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Frage Nr. (Rubrik B): \_\_\_\_\_ Bitte geben Sie die **genaue** Diagnose, die genaue Krankheit und den betroffenen Körperteil an:

Beginn: \_\_\_\_\_ Welche Seite ist betroffen? (falls Angabe möglich)  Links  Rechts  
Ist die Krankheit vollständig/folgenlos ausgeheilt?  Ja  Nein  
Bestehen noch Beschwerden oder erfolgen noch Behandlungen?  Ja  Nein  
Falls nein: Datum der letzten Behandlung \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt:

Praxis/Spital \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Frage Nr. (Rubrik B): \_\_\_\_\_ Bitte geben Sie die **genaue** Diagnose, die genaue Krankheit und den betroffenen Körperteil an:

Beginn: \_\_\_\_\_ Welche Seite ist betroffen? (falls Angabe möglich)  Links  Rechts  
Ist die Krankheit vollständig/folgenlos ausgeheilt?  Ja  Nein  
Bestehen noch Beschwerden oder erfolgen noch Behandlungen?  Ja  Nein  
Falls nein: Datum der letzten Behandlung \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt:

Praxis/Spital \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Frage Nr. (Rubrik B): \_\_\_\_\_ Bitte geben Sie die **genaue** Diagnose, die genaue Krankheit und den betroffenen Körperteil an:

Beginn: \_\_\_\_\_ Welche Seite ist betroffen? (falls Angabe möglich)  Links  Rechts  
Ist die Krankheit vollständig/folgenlos ausgeheilt?  Ja  Nein  
Bestehen noch Beschwerden oder erfolgen noch Behandlungen?  Ja  Nein  
Falls nein: Datum der letzten Behandlung \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt:

Praxis/Spital \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## D Besondere Bemerkungen

Für die Aufführung weiterer Diagnosen oder Operationen verwenden Sie bitte das Beiblatt «Fragen zur Gesundheit».

## E 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 Antrags 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 Antrags 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 Antrags 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(in)

Name und Unterschrift Berater(in)