

GESUNDHEITSDEKLARATION FÜR FIRMENTAGGELD VVG

Neuaufnahme	Erhöhungen	Die Versicherung wird gewünscht ab			
Vorname		Name			
			m	w	
Strasse/Nr.		PLZ/Ort	Geburtsdatum		
Eintritt in die Firma		Art der Tätigkeit/Beruf	Zivilstand		
Firma		Staatsbürgerschaft	Korrespondenz		
			d	f	i
Ausländerstatus	Jahresaufenthalter	Niedergelassener	Saisonier	Grenzgänger	

GESUNDHEITZUSTAND

Jede Frage muss vom Gesuchsteller / gesetzlichen Vertreter persönlich ausgefüllt werden. Striche sind unzulässig.

1 Fühlen Sie sich vollständig gesund?	Ja	Nein				
2 Sind Sie gegenwärtig in Behandlung?	Ja	Nein	Wenn ja, warum?			
Name und Adresse Arzt/Spital						
Steht eine Behandlung bevor?	Ja	Nein	Wenn ja, warum?			
Name und Adresse Arzt/Spital						
Steht ein Spital- / Kuraufenthalt bevor?	Ja	Nein	Wenn ja, warum?			
Name und Adresse Arzt/Spital						
3 Bestehen zurzeit Krankheiten, Krankheitsanlagen, Gebrechen, Unfallfolgen (inkl. Zahnschäden) oder Invalidität: z.B. Beschwerden an Augen, Nase, Ohren, Hals, Herz, Blut, Lunge, Magen, Leber, Galle, Darm, Nieren, Blase, Knochen, Migräne, Arthritis, Tumore, Krebskrankheiten, Bauchspeicheldrüse, Unterleib, Rücken, Wirbelsäule, Nerven, Haut, Gelenken, Gefässleiden, allergische, psychische Beschwerden, Epilepsie, Asthma, Rheumatismus, Krampfadern, AIDS, Sterilität usw.?	Ja	Nein	Wenn ja, welche?			
4 Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen arbeits- oder erwerbsunfähig?			Ja	Nein		
Wenn ja, warum?						
Jahr		Dauer				
Behandlung durch						
5 Wann liessen Sie sich letztmals behandeln / untersuchen?				Datum		
Warum?						
Für weibliche Personen: Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein	Geburtstermin			
6 Haben Sie während längerer Zeit regelmässig Medikamente oder Drogen eingenommen oder nehmen Sie solche ein?	Ja	Nein	Wenn ja, wie lange?			
			Welche?			
7 Konsumieren Sie regelmässig Alkohol?	Ja	Nein	täglich	1-2mal wöchentlich		
Wenn ja, Menge?			Art			
8 Rauchen Sie?	Ja	Nein	Zigaretten	Zigarren	Pfeife	Anzahl täglich

9 Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Naturheilarzt, Therapeuten, Psychologen, in einem Spital, in einer Kuranstalt, in einer Physiotherapie oder bei einem Psychiater? Ja Nein

Wenn ja, warum?

Jahr

Dauer

Behandlung durch

10 Besteht eine Invalidität? Ja Nein Wenn ja, in welchem Grade?

11 Beziehen Sie Rente? Ja Nein

Wenn ja, von wem?

12 Wurde ein HIV-Test durchgeführt? Ja Nein Wenn ja, wann? positiv negativ

13 Körpergrösse (cm) Körpergewicht (kg)

14 Name, Adresse Ihres Hausarztes

Bemerkungen

Zusatzinformationen

Besteht ein Vorbehalt oder Leistungsausschluss? Ja Nein Wenn ja, Kopie des Entscheides beilegen

Sind Sie von uns oder von einer anderen Krankenkasse / Versicherungsgesellschaft ausgeschlossen, ausgesteuert oder abgewiesen worden? Ja Nein

Wenn ja, von welcher?

Wann?

Weshalb?

Die unterzeichnende Person erklärt, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet zu haben. Werden erhebliche Gefahrentatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt, kann Atupri vom Vertrag zurücktreten und sich dadurch von ihrer Leistungspflicht befreien. Medizinische Angaben, welche besonders schützenswerte Daten enthalten, können zuhanden des medizinischen Dienstes oder des beratenden Arztes der Atupri (mit dem Vermerk «persönlich») zugestellt werden. Die Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer sowie Amtsstellen und andere Krankenversicherer, an welche sich Atupri wendet, werden ermächtigt, ihr jede gewünschte medizinische Auskunft zu geben.

Ort, Datum

Unterschrift
(Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter)

Wird von der Atupri Gesundheitsversicherung AG ausgefüllt

Stellungnahme des Vertrauensarztes / der Vertrauensärztin

Datum, **Unterschrift**

Entscheid

Datum, **Unterschrift**

Die gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.