

Krankenversicherungsplan : zusätzliche Angaben

Vertraulichkeit der medizinischen Daten

Dieser Fragebogen ist persönlich und vertraulich. Zur Wahrung der Vertraulichkeit bitten wir Sie,
 • das Dokument persönlich auszufüllen und zu unterzeichnen
 • das Original direkt und in **geschlossenem Umschlag** an den **Vertrauensarzt von AG Insurance** zu senden.
 Aus verwaltungstechnischen Gründen können die Daten bezüglich mehrerer Mitglieder der selben Familie im selben Dokument ausgefüllt werden.

Jedes zu versichernde Familienmitglied kann selbstverständlich, auf Wunsch, ein separates Dokument verwenden.

Dieser Fragebogen dient als Grundlage für die Annahme des Antrags. Es ist also zur Vermeidung jeder Anfechtung in der Zukunft äußerst wichtig, dass die zu versichernden Personen alle Fragen deutlich und lesbar beantworten.

Vertraulich

A. Identität

1 Name und Unternehmensnummer des Arbeitgebers: _____

2 Name und Vorname des Personalmitglieds: _____

Straße: _____ Nr.: _____ Bfk: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Postleitzahl: _____ Ort: _____ Geschlecht : w. m. Dienstantritt am: ____ / ____ / ____

Berufliche E-Mail-Adresse: _____

Sprache : NL FR EN DE

3 Zusammensetzung der Familie (falls die Mitgliedschaft im Plan vorgesehen ist)

Datum der Heirat/des gesetzlichen Zusammenwohnens: ____ / ____ / ____

Name Ehepartner/Zusammenwohnender: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Name und Vorname Kinder

1. Kind: _____ Geschlecht : m w Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

2. Kind: _____ Geschlecht : m w Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

3. Kind: _____ Geschlecht : m w Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

4. Kind: _____ Geschlecht : m w Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

5. Kind: _____ Geschlecht : m w Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

6. Kind: _____ Geschlecht : m w Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Kindergeld

Ja	Nein
Ja	Nein
Ja	Nein
Ja	Nein
Ja	Nein
Ja	Nein

B. Gesundheitsfragebogen

1 Sind die zu versichernden Personen bei guter Gesundheit und im Vollbesitz ihrer physischen Kräfte? **Ja** **Nein**

Wenn **nein**, bitte genauer erläutern:

Name der betroffenen Person _____

a) die Art der Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen _____

b) den Zeitpunkt, zu dem sie aufgetreten sind _____

c) die verordnete ärztliche Behandlung _____

2 Haben bestimmte zu versichernde Personen in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert, an einer Krankheit gelitten oder einen Unfall gehabt? **Ja** **Nein**

Wenn **Ja**, bitte genauer erläutern:

Name der betroffenen Person _____

a) die Art der Erkrankungen oder Verletzungen _____

b) den Zeitpunkt, zu dem sie aufgetreten sind _____

c) die Behandlungen, die verordnet wurden oder die sie sich unterzogen haben und die Dauer _____

3 Sind bestimmte zu versichernde Personen in den letzten 10 Jahren hospitalisiert worden? **Ja** **Nein**

Wenn **Ja**, bitte genauer erläutern:

Name der betroffenen Person _____

a) die Art der Erkrankungen oder Verletzungen _____

b) den Zeitpunkt und die Dauer der Krankenhausaufnahme _____

c) gegebenenfalls, den Invaliditätsgrad _____

4 Wird ein Kind erwartet? **Ja** **Nein** Wenn **Ja**, gegen wann? ____ / ____ / ____

5) Geben Sie bitte die Körpergröße, das Gewicht und den Blutdruck der zu versichernden Personen an.			
	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Blutdruck
Beispiel	178	76	12/08
Personalmitglied	_____	_____	_____
Ehepartner/Zusammenwohnender	_____	_____	_____
1. Kind	_____	_____	_____
2. Kind	_____	_____	_____
3. Kind	_____	_____	_____
4. Kind	_____	_____	_____
5. Kind	_____	_____	_____
6. Kind	_____	_____	_____

Wichtig:

Die zu versichernden Personen verpflichten sich, bei den behandelnden Ärzten sämtliche Auskünfte über ihren Gesundheitszustand einzuholen, die im Hinblick auf die Annahme der Mitgliedschaft und die Ausführung des Plans erforderlich sind, und sie dem Vertrauensarzt von AG Insurance zu erteilen. Der (Die) Unterzeichner erklärt (erklären) sich damit einverstanden, dass AG Insurance die o.a. Daten zur Erbringung und Verwaltung von Versicherungsdiensten im Allgemeinen, inkl der Erstellung von Statistiken, verwendet, soweit das Gesetz über den Schutz des Privatlebens beachtet wird. Die gesundheitsbezogenen Daten können nur unter der Verantwortlichkeit eines professionellen Pflegeerbringers verwendet werden und der Zugang zu diesen Daten beschränkt sich auf die Personen, die diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben brauchen.

Der Versicherungsnehmer erklärt, von den schweren Folgen - Nichtigkeit des Vertrages, also Verweigerung der Zahlung der versicherten Leistungen - Kenntnis genommen zu haben, die sich aus jeglicher Unterlassung oder fälscher Erklärung bezüglich der Risikoeinschätzung seitens des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ergeben können (Art 58 des Gesetzes vom 4/4/2014 über die Versicherungen).

Der Unterzeichner erklärt, von diesem Fragebogen eine Kopie aufbewahrt zu haben.

Ausgestellt in _____, am _____

Unterschrift des Personalmitglieds

Unterschrift der zu versichernden (volljährigen) Personen