

Gesundheitsfragen

1. Vorname: Name: Geburtsdatum:

Grösse: Gewicht (kg): BMI (leer):

2. Sind Sie zurzeit in ärztlicher, therapeutischer oder naturheilärztlicher Behandlung bzw. steht eine solche bevor oder haben Sie nicht ärztlich diagnostizierte physische oder psychische Beschwerden oder Krankheiten?

Ja Nein

Wenn ja weshalb/welche?

Name/Adresse des Arztes/Therapeuten/Spital:

3. Waren Sie in den letzten fünf Jahre bei einem Arzt, Naturheilarzt, Therapeuten, Psychiater/Psychologen oder in einem Spital in Behandlung?

Ja Nein

Zum Beispiel wegen Krankheit oder Störung der Atemwege, Atemorgane; einem Unfall, Unfallfolgen oder einer Missbildung; des Herzens, der Blutgefässe oder des Kreislaufsystems; des Nervensystems oder der Psyche; der Verdauungsorgane; der Harn- oder Geschlechtsorgane; der Haut oder Allergien; der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule; des Stoffwechsels, des Blutes oder Infektionskrankheiten; der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase), Tumor- oder Krebsleiden; wegen Gewichtsproblemen; einer anderen Erkrankung.

Wenn ja:

| Art der Krankheit/Unfall/Störung (Diagnose), der Beschwerden oder Ergebnis der Untersuchung/Behandlung/Check-up | Zeitpunkt der Behandlung (Monat/Jahr): | | Name/Adresse des behandelnden Arztes/Naturheilarztes/Therapeuten/Spitals: | vollständig geheilt? |
|---|--|----------------------|---|---|
| | von | bis | | |
| a) <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| b) <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| b) <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

4. Nehmen/nahmen Sie in den letzten fünf Jahren Medikamente ein oder wurde Ihnen deren Einnahme verordnet (ausgenommen Antibabypille)?

Ja Nein

Wenn ja, welche? von bis

von bis

von bis

5. Wurde Ihnen ein Implantat oder Fremdkörper eingesetzt (Brustimplantate, Prothesen, Gelenkersatz, Magenband, Stent usw.)?

Ja Nein

Wenn ja:
Art des Implantats
oder Fremdkörpers

Zeitpunkt
der Behandlung
(Monat/Jahr):

Name/Adresse
des behandelnden
Arztes/Spitals:

von bis

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

6. Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test mit Resultat «HIV-positiv» durchgeführt? Ja Nein

7. Wurde ein Hepatitistest (Hepatitis B, C) mit Resultat «positiv» durchgeführt? Ja Nein

8. Bestehen/bestanden Abhängigkeiten von Alkohol, Drogen, Medikamenten oder anderen Suchtmitteln? Ja Nein

Wenn ja, welche?

von bis

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

9. Haben Sie jemals Zigaretten, E-Zigaretten oder Verdampfer (Shisha oder E-Verdampfer mit oder ohne nikotinhal- tige Zusätze), Zigarren oder Pfeife geraucht oder konsumieren Sie Schnupf-/Kautabak oder Snus? (ab 12 Jahren zu beantworten)

Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt (Jahresangabe)?

Durchschnittlicher Tageskonsum?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

10. Besteht eine Schwangerschaft (ab 12 Jahren zu beantworten)?

Ja Nein

Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin?

| |
|--|
| |
|--|

11. Bestehen/bestanden Geburtsgebrechen oder beziehen/bezogen Sie Leistungen oder Renten der Eidgenössischen Invalidenversicherung (wenn ja, Kopie der Verfügung beilegen)?

Ja Nein

12. Welches ist Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit?

Name und Adresse des Arbeitgebers:

| |
|--|
| |
|--|

13. Name/Adresse des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft erteilen kann:

Datum der letzten Konsultation (MM/JJ)

14. Frage zu beantworten für Kinder und Jugendliche von 6 bis 20 Jahren sowie Interessenten an der Zahnversicherung denta (jedes Alter):

a) Wann haben Sie das letzte Mal den Zahnarzt aufgesucht? (Monat/Jahr)

b) Besteht eine Fehlstellung der Zähne oder des Kiefers?

Ja Nein

c) Ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen?

Ja Nein

d) Bestehen Erkrankungen des Zahnfleisches/Zahnbettes der Mundhöhle oder der Zähne (Bsp. Karies)?

Ja Nein

e) Sind im Zusammenhang mit den Behandlungen weitere Zahnarztbesuche notwendig?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Name/Adresse des behandelnden Zahnarztes:

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe und auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau meinen Angaben entsprechen. Ich nehme zur Kenntnis, dass ungenaue oder falsche Angaben innova berechtigen, in der Zusatzversicherung den Vertrag zu kündigen. Die Leistungspflicht von innova für bereits eingetretene Schäden erlischt nur, wenn deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist (Artikel 6 VVG). Mit meiner Unterschrift entbinde ich Spitäler, Ärzte sowie medizinisches Personal, Behörden, Amtsstellen und andere Versicherungsgesellschaften für die Dauer von drei Monaten ab Unterzeichnung dieses Antrags von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber innova sowie weiteren Versicherungsträgern gemäss den von mir beantragten Versicherungen, insbesondere deren Risikoprüfungsabteilungen, und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit der Versicherung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Nach Ablauf von drei Monaten erlischt diese Befreiung von der Schweigepflicht. Ich nehme aber zur Kenntnis, dass von mir zu einem späteren Zeitpunkt eine entsprechende und aktuelle Erklärung einverlangt werden kann, wenn dies im Rahmen der Mitwirkungspflicht erforderlich ist. Dies namentlich zur Prüfung einer Leistungspflicht von innova oder zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für anonymisierte statistische Auswertungen und für Marketingzwecke innerhalb von innova genutzt werden können. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich innova einen allfälligen Widerruf meiner Einwilligung für die Bearbeitung von meinen Daten für Marketingzwecke schriftlich mitteilen muss. Ich bestätige, vor Einreichung dieses Antrages die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Zusatzbedingungen (ZB) für die beantragten Zusatzversicherungen sowie die Kundeninformation nach Artikel 3 VVG und das Datenschutzmerkblatt erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben. Falls der Versicherungsabschluss über einen für innova tätigen Vertriebspartner erfolgt, bestätige ich, die Vertriebspartnerinformation gemäss Versicherungsaufsichtsgesetz (Artikel 45 VAG) erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragstellers, bzw. des gesetzlichen Vertreters