



Gesundheitsfragebogen zur Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

Versicherungsnehmer/in:

Firma oder Name, Vorname:

Personalien der zu versichernden Person:

Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Strasse, Nummer: PLZ, Ort:

Tätigkeit / Beruf: AHV-Lohn:

Körpergröße (in cm): Gewicht (in kg):

Tel. Nr.: E-Mail:

Name und Adresse Ihres Hausarztes / Ihrer Hausärztin:

Name:

Strasse, Nummer: PLZ, Ort:

Datum Ihres letzten Besuchs:

Grund Ihres letzten Besuchs:

Gesundheitsfragen:

Die nachstehenden Fragen müssen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet werden.

1. Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalles? Ja Nein

Wenn ja, welche?

2. Leiden oder litten Sie in den vergangenen 5 Jahren an einer oder mehreren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Wenn ja, an welchen? (Zutreffendes ankreuzen)

- des Immunsystems (z.B. AIDS, Hepatitis)
- der Psyche (z.B. Depressionen, Angst- und Erschöpfungszustände)
- der Verdauungsorgane (z.B. Magen, Darm, Leber, Gallenblase)
- infolge Alkohol- oder Drogenabhängigkeit
- des Nervensystems (z.B. Epilepsie, nervöse Störungen, Lähmungen)
- des Herzens oder der Blutgefäße (z.B. erhöhter Blutdruck, Embolien, Thrombosen, Hirnschlag)
- des Bewegungsapparates (z.B. Knochen, Bänder, Sehnen, Bandscheibe, Wirbelsäule, Gelenke, Muskeln, Rheuma, Arthrose)
- der Augen (z.B. Netzhauterkrankungen)
- Krebserkrankung
- des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, Cholesterin)
- Gynäkologische Erkrankungen oder Hormonkrankheiten (z.B. Endometriose)
- Anderes:



3. Sind Sie aktuell oder waren Sie in den letzten 5 Jahren voll oder teilweise arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, von _____ bis _____ Warum? _____

Wenn ja, von _____ bis _____ Warum? _____

Wenn ja, von _____ bis _____ Warum? _____

4. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben? Ja Nein

Wenn ja, von _____ bis _____ Welche und warum? _____

5. Stehen Sie aktuell in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, von _____ bis _____ Warum? _____

6. Ist eine Konsultation oder eine Behandlung durch einen Arzt / Therapeuten geplant? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

7. Wurde bei Ihnen ein AIDS Test durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Resultat? positiv negativ

8. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, bitte um Angabe des voraussichtlichen Geburtstermins: _____

Sollten Sie eine oder mehrere der Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage Nr.	Behandlungsgrund	In Behandlung		Behandelnde Ärzte, Spitäler oder Therapeuten (bitte genaue Namen und Adressen angeben)
		Von	Bis	

Bemerkungen:



Informationen zum Datenschutz:

Die Bearbeitung von Personendaten bildet eine unentbehrliche Grundlage des Versicherungsgeschäfts. Bei der Bearbeitung von Personendaten beachten wir die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und seiner Verordnung. Wenn nötig holen wir im Schadenformular die von Ihnen erforderliche Einwilligung ein.

Vor Vertragsabschluss ist die Datenbearbeitung erforderlich, um entscheiden zu können, ob der Vertrag abgeschlossen werden kann und wenn ja, zu welchen Bedingungen. Während der Vertragsdauer ist die Datenbearbeitung nötig für die Verwaltung Ihres Vertrages (u.a. Prämienabrechnungen) und bei der Meldung eines Schadens, um sicherzustellen, dass nur berechtigte Forderungen bezahlt werden.

Vor Vertragsabschluss und während der Vertragsdauer kann es zur Risikobeurteilung (risikogerechte Prämie), zur weiteren Abklärung des Sachverhalts sowie im Schadenfall notwendig sein, Anfragen an Dritte im In- und Ausland zu richten und mit diesen Ihre Daten auszutauschen. In erster Linie bearbeiten wir die Angaben aus dem Versicherungsantrag und der Schadenanzeige. Sofern erforderlich, holen wir bei Dritten sachdienliche Informationen ein (Vorversicherer betreffend bisherigem Schadenverlauf, Mit- und Rückversicherer, Medizinalpersonen, Ärzte, Amtsstellen, Spitäler, Sozialversicherer, Arbeitgeber bei Kollektivversicherungen). Die zu versichernde Person entbindet Medizinalpersonen, Spitäler, Ärzte und Versicherer von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Branchen Versicherung. Im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten können die Daten zur Durchsetzung des Regressanspruches dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer übermittelt werden. Die Branchen Versicherung verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Um Ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können und die Kosten zu optimieren, werden unsere Dienstleistungen teilweise durch rechtlich selbständige Unternehmen im In- und Ausland erbracht. Es kann sich um einen Kooperationspartner der Branchen Versicherung handeln. Im Rahmen der Zweckbestimmung des Vertragsverhältnisses sind wir auf die betriebsinterne wie auch betriebsexterne Weitergabe Ihrer Daten angewiesen. Im Zusammenhang mit Produktoptimierungen bearbeiten wir Ihre Daten für interne Marketingzwecke.

Die Vermittler sind vertraglich verpflichtet, ihre besondere Schweigepflicht sowie die Bestimmungen des DSG zu beachten. Makler erhalten nur Einsicht in Ihre Daten, wenn Sie den Makler dazu ausdrücklich ermächtigt haben (sog. Maklermandat).

Sie haben ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer elektronisch gespeicherten oder im Dossier abgelegten Daten.

Aufsichtsbehörde:

Die Branchen Versicherung Genossenschaft (mit Sitz in Zürich) untersteht der Aufsicht der eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA, Laupenstrasse 27, 3003 Bern.

Einwilligungsklausel:

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, die Versicherungsbedingungen erhalten und verstanden zu haben und über die Identität des Versicherers, über die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, die Höhe der Prämie, die Pflichten des Versicherungsnehmers, die Laufzeit und Beendigung des Vertrages, sowie die Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck, Art der Datensammlung sowie Empfänger informiert worden zu sein.

Hat die Branchen Versicherung die Informationspflicht des schweizerischen Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) verletzt, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Versicherungsvertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der Branchen Versicherung wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt 4 Wochen, nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den gesetzlichen Informationen Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens 1 Jahr nach der Pflichtverletzung. Für im Fürstentum Liechtenstein gele- gene Risiken und für Antragsteller mit gewöhnlichem Aufenthalt oder Hauptverwaltung im Fürstentum Liechtenstein gilt die Informationspflicht des liechtensteinischen Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz [VersVG]). Hat die Gesellschaft die liechtensteinische Informationspflicht verletzt, so ist der Antragsteller an den Antrag nicht gebunden und der Versicherungsnehmer kann nach Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens 4 Wochen nach Zugang der Police.

Er/Sie ist an diesen Antrag während 14 Tagen gebunden, wenn es sich um eine Versicherung ohne ärztliche Untersuchung handelt, und während 4 Wochen, wenn die Versicherung eine ärztliche Untersuchung erfordert. In beiden Fällen beginnt die Frist mit der Übergabe des Antrags an die Branchen Versicherung. Er/Sie ermächtigt die Branchen Versicherung, die zur Antragsprüfung, zur Risikobeurteilung und zur Vertragsabwicklung notwendigen Daten bei Dritten (Vorversicherer betreffend bisherigem Schadenverlauf, Mit- und Rückversicherer, Medizinalpersonen, Ärzte, Amtsstellen, Spitäler, Sozialversicherer und Arbeitgeber bei Kollektivversicherungen) einzuholen, und die Daten für diese Zwecke sowie für interne Marketingzwecke gemäss den vorstehenden Datenschutzbestimmungen zu bearbeiten.

Bei Kollektivverträgen, welche anderen Personen, als dem Versicherungsnehmer gegenüber der Branchen Versicherung einen direkten Leistungsanspruch verleihen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, diese Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrages sowie dessen Änderungen und Auflösung zu informieren. Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass er/sie die zur Information erforderlichen Unterlagen (Merkblätter) von der Branchen Versicherung erhalten hat.

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass sämtliche Antworten richtig und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

Ort und Datum:

Unterschrift der zu versichernden Person:
