

Ergänzungsantrag Risikoprüfung (Gesundheitsfragen)

Vertrag Nr.: _____

Police Nr.: _____

Arbeitgeber: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Von der zu versichernden bzw. versicherten Person auszufüllen.

Bitte alle Seiten und Felder ausfüllen und unterschreiben.

1 Personalien der versicherten Person

Name: _____ Vorname: _____

Beruf: _____ Umschreibung der beruflichen Tätigkeit: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefonisch erreichbar unter : _____ Weitere Telefonnummer: _____

2 Angaben zur versicherten Person

Geburtsdatum: _____ Eintritt in die Dienste des Arbeitgebers: _____

AHV-Nr.: _____ Bürgerort (CH)/Nationalität (Ausländer): _____

Für Ausländer: wohnhaft in der Schweiz seit _____ Jahren.

3 Gesundheitsnachweis

3.1 Name, Adresse und Telefon Ihres Hausarztes: _____

3.2 Wurden Sie in den letzten drei Jahren ärztlich untersucht, behandelt oder operiert? Ja Nein

Wenn ja, wofür? a) _____

Dauer (von - bis)	Folgen bzw. Resultat der Untersuchung	Name und Adresse des Arztes oder Spitals
_____ - _____	_____	_____

Wenn ja, wofür? b) _____

Dauer (von - bis)	Folgen bzw. Resultat der Untersuchung	Name und Adresse des Arztes oder Spitals
_____ - _____	_____	_____

Wenn ja, wofür? c) _____

Dauer (von - bis)	Folgen bzw. Resultat der Untersuchung	Name und Adresse des Arztes oder Spitals
_____ - _____	_____	_____

Wenn ja, wofür? d) _____

Dauer (von - bis)	Folgen bzw. Resultat der Untersuchung	Name und Adresse des Arztes oder Spitals
_____ - _____	_____	_____

3.3 Bestehen bei Ihnen gegenwärtig gesundheitliche Störungen, Gebrechen oder Unfallfolgen? Ja Nein

Wenn ja, welche? a) _____

seit:	Folgen bzw. Resultat der Untersuchung	Name und Adresse des Arztes oder Spitals
_____	_____	_____

Wenn ja, welche? b) _____

seit:	Folgen bzw. Resultat der Untersuchung	Name und Adresse des Arztes oder Spitals
_____	_____	_____

3.4 Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche (+ Dosierung)? _____

3.5 Ist oder war Ihre Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit eingeschränkt? Ja Nein

Wenn ja, von - bis warum? _____ zu wieviel %?

_____ - _____ %

_____ - _____ %

3.6 Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg

3.7 a) Haben Sie einen AIDS-Test (HIV-Test) durchführen lassen? Ja, wann? _____ Neinb) Mit welchem Resultat? neg. pos., Adresse des Arztes/Spitals _____**Falls Sie nicht vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig sind bitte Fragen a-b beantworten**a) Beziehen Sie für diese krankheits- oder unfallbedingte Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit Leistungen von einem Kranken- oder Unfallversicherer? Ja Neinb) Sind Sie bei der Eidg. Invalidenversicherung, einem UVG-Versicherer (z.B. SUVA) oder bei der Eidg. Militärversicherung angemeldet? Ja NeinBeziehen Sie Leistungen von diesen Institutionen? Ja NeinExistiert bereits eine Verfügung? Ja Nein**Bitte Kopien der Verfügungen, Taggeldabrechnungen usw. beilegen.****4 Letzte Vorsorgeeinrichtung**

Bei welchem Arbeitgeber waren Sie zuletzt im Rahmen der Beruflichen Vorsorge (Pensionskasse) versichert?

_____ Austrittsdatum? _____

Bei welcher Vorsorgeeinrichtung/Versicherungsgesellschaft? _____

Adresse: _____ Vertrag Nr.: _____

5 Erklärung der zu versichernden Person und Einwilligung

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift bin ich auch dann für sämtliche Angaben verantwortlich, wenn ein Dritter die Antworten geschrieben hat.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Helvetia berechtigt ist, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen, wenn erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt worden sind (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag VVG).

Ich ermächtige die Helvetia, die zur Antragsprüfung, Vertragsabwicklung oder Leistungsfallerledigung erforderlichen Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich werden die Daten an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer sowie an die Gesellschaften der Helvetia Gruppe zur Datenbearbeitung übermittelt. Ich ermächtige die Helvetia, bei Ärzten, Therapie-

ten, anderen Medizinalpersonen, medizinischen Institutionen, Behörden, anderen Versicherungsgesellschaften und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte einzuholen. Ich entbinde die angefragten Ärzte, Therapeuten, anderen Medizinalpersonen, medizinischen Institutionen, Behörden, Versicherungseinrichtungen und weiteren Dritten sowie ihre Hilfspersonen ausdrücklich vom Amts-, Berufs- und Vertragsgeheimnis, und ermächtige sie, der Helvetia, insbesondere ihrem medizinischen Dienst, die zur Antragsprüfung und Leistungsfallerledigung benötigten Auskünfte zu erteilen. Die erhaltenen Daten dürfen von den Gesellschaften der Helvetia Gruppe sowie von deren Partnergesellschaften für die Unterbreitung von bedarfsgerechten Angeboten ihrer Dienstleistungen verwendet werden. Meine Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des vorliegenden Vertrags.

Ort, Datum_____
Unterschrift der zu versichernden Person**Bitte senden Sie dieses Formular an:**

Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, Postfach 3855, 4002 Basel