



ÖKK ERWERBSAUSFALLVERSICHERUNG (VVG)

Gesundheitsfragen für Betriebsinhaber/in und Personal

Name und Adresse Versicherungsnehmer/in

Firmenname	
Strasse Nr.	Postleitzahl/Ort

Name und Adresse der zu versichernden Person Geschlecht Männlich Weiblich

Name/Vorname		
Strasse Nr.	Postleitzahl/Ort	
Geburtsdatum	Zivilstand	Nationalität
Berufliche Tätigkeit	Branche	wöchentl. Arbeitszeit
Nebenbeschäftigung	Branche	wöchentl. Arbeitszeit
Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert?		

Wurden Sie bereits von anderen Kranken- oder Privatversicherungen abgelehnt? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Wurden Anträge von anderen Versicherungen nur zu erschwerten Bedingungen angenommen oder der Vertragsabschluss von erschwerten Bedingungen abhängig gemacht? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Sind Sie anderweitig gegen Lohnausfall versichert? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Versicherer? _____ Seit wann? _____ Policen Nr. _____

Höhe der Lohnsumme in CHF _____ Fixe Lohnsumme AHV-Lohnsumme

Versicherungsleistung? 80 % 90 % 100 % Unfall mitversichert? Ja Nein

Bisherige Wartezeit in Tagen? _____ Krankheit Bisherige Wartezeit in Tagen? _____ Unfall

Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Die Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten, unabhängig davon, ob Ihre Antworten von einem Berater aufgenommen werden oder nicht. Ansonsten ist ÖKK nicht an den Vertrag gebunden.

1. Wer ist Ihr Hausarzt oder Arzt, den Sie üblicherweise zuziehen (Name und Adresse)?	
Wann haben Sie sich letztmals von diesem Arzt untersuchen, behandeln oder operieren lassen?	
Aus welchem Grund?	

Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein

2. Stehen Sie gegenwärtig in einer Behandlung bei einer medizinischen Fachperson oder ist eine solche vorgesehen? Als medizinische Fachperson gelten: Arzt, Therapeut, Psychiater, Psychologe, Heilpraktiker, Naturarzt etc. Ja Nein

3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei einer medizinischen Fachperson in Behandlung? Ja Nein

4. Sind Sie gegenwärtig voll arbeitsfähig? Ja Nein

5. Bestand in den letzten 5 Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 2 Wochen? Ja Nein

6. Zeichnet sich bei Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit ab? Ja Nein

7. Waren Sie je zur Operation oder Behandlung stationär, teilstationär oder ambulant in einem Spital oder psychiatrischen Klinik? Waren Sie in einer Kur? Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Wenn ja, wo? _____

8. Ist ein Aufenthalt in einem Spital oder einer psychiatrischen Klinik oder eine Kur geplant? Ja Nein
 Wenn ja, warum? _____
 Wenn ja, wo? _____
9. Wurden in den letzten 5 Jahren medizinische Analysen vorgenommen oder werden Sie sich demnächst einer solchen unterziehen (z.B. EKG, AIDS-Test, Blut-, Urin- oder Röntgenuntersuchungen, genetische Abklärungen, usw.)? Ja Nein
 Wenn ja; welche? _____ Wann? _____
 Durch wen? _____ Befund? _____
10. Benötigen Sie Medikamente bzw. pflanzliche oder homöopathische Mittel? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____
11. Konsumieren Sie Nikotin, Alkohol oder Drogen? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____
 Wenn ja, Menge? _____
12. Ihre Körpergrösse _____ cm Ihr Körpergewicht _____ kg
13. Falls Sie schon Unfälle erlitten haben:
 Bestehen persönlich oder tatsächlich störende Folgen mit möglicher Therapiebedürftigkeit? Ja Nein
 Bei wem waren Sie gegen dieses Unfallereignis versichert? _____
14. Bestehen Folgen eines Geburts,- eines anderen Gebrechens oder einer Anomalie? Ja Nein
Wenn ja, bitte Kopie der IV-Verfügung über medizinische Massnahmen beilegen.
15. Beziehen Sie Rentenleistungen aus IV, MV, UVG, BVG oder anderen, auch privaten Versicherungen? *Bitte Kopie der Rentenverfügung beilegen.* Ja Nein
16. Nur für weibliche Personen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
 Wenn ja, bitte Niederkunftstermin angeben _____

Hier bitte Einzelheiten zu der verneinten Frage 4 sowie den bejahten Fragen 2-3, 5-11 und 13-16 angeben:

Ziffer	Welche Krankheiten, Unfälle Störungen, Beschwerden oder Untersuchungen?	Behandlung von wann bis wann?	Dauer Arbeitsunfähigkeit von wann bis wann?	Behandelnde Ärzte (Adressen)

Bei Angabe von Arbeitsunfähigkeiten, bitte die Ziffer der entsprechenden Frage sowie den Arbeitsunfähigkeitsgrad in % angeben:

Die zu versichernde Person ist damit einverstanden, dass ÖKK die für die Antragsprüfung und Vertragsabwicklung notwendigen Daten beschafft und bearbeitet sowie, falls erforderlich, an involvierte Dritte (z.B. an Mit- und Rückversicherer) übermittelt. Ausserdem wird ÖKK ermächtigt, bei Ärzten und bei Therapeuten sowie bei Kranken- und Privatversicherungsgesellschaften Auskunft über die Gesundheitsverhältnisse einzuholen. Die betroffenen Medizinal- und medizinisch-therapeutischen Personen werden hierzu ausdrücklich von ihrer Geheimhaltungspflicht entbunden.

Die Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten, unabhängig davon, ob Ihre Antworten von einem Berater aufgenommen wurden oder nicht. Ansonsten kann die ÖKK den Vertrag innert 4 Wochen seit Erkennen der Wahrheitswidrigkeit kündigen.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Diese Gesundheitsdeklaration beinhaltet 2 Seiten.