

## Gesundheitserklärung

Name, Vorname	<input type="text"/>		
Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
Arbeitgeber	<input type="text"/>		
Pensionskasse	<input type="text"/>		

### Wichtiger Hinweis

Elips Life behält sich das Recht vor, die Aufnahme zu den vertraglichen Versicherungsleistungen durch eine ärztliche Untersuchung zu prüfen. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist die Gesellschaft von der Leistungspflicht befreit, wenn sie binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt.

### Ermächtigung

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie Elips Life, Daten, die sie aufgrund des Versicherungsverhältnisses erhält, zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Rückversicherer, andere Versicherer, Amtsstellen und sonstige Beteiligte weiterzugeben sowie von diesen Auskünfte einzuholen. Sie entbinden Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und andere Versicherungsinstitutionen von ihrer Schweigepflicht und erteilen diesen die Ermächtigung, Elips Life oder ihrem ärztlichen Dienst alle mit dem Versicherungsverhältnis in Zusammenhang stehenden Auskünfte zukommen zu lassen.

### Datenschutzerklärung

Bei Elips Life werden Ihre Daten sicher und streng vertraulich verwaltet. Elips Life achtet sorgfältig darauf, dass die gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes vollumfänglich erfüllt werden.

Ort, Datum

---

Unterschrift der zu versichernden Person

## Gesundheitserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Sind Sie zur Zeit voll arbeitsfähig?  ja  nein

**Wenn nein**, bitte Grad in Prozent der Arbeitsunfähigkeit angeben \_\_\_\_\_ %

2. Körpergrösse \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

3. Tabakkonsum  ja  nein

**Falls ja**, bitte Art des Konsums und Menge angeben \_\_\_\_\_

4. Alkoholkonsum (1 Einheit = 1dl Wein, 3dl Bier, 4cl Spirituosen). Beträgt dieser mehr als 20 Einheiten pro Woche?  ja  nein

**Falls ja**, bitte Einheiten pro Woche angeben \_\_\_\_\_

5. Waren Sie in den letzten 12 Monaten gesundheitshalber länger als 2 Wochen von der Arbeit abwesend?  ja  nein

**Wenn ja**, weshalb? \_\_\_\_\_

- 6a. Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen?  ja  nein

- 6b. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, geistige oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens (z.B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Knochenfixationen)?  ja  nein

**Wenn 6a und/oder 6b ja**, bitte ergänzen:

Beschwerde- und Behandlungsart	von	bis	Arzt od. Spital (Adresse und Abt.)

7. Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinen normalen Ergebnissen führten: Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Bluttest oder andere besondere Untersuchungen?  ja  nein

**Wenn ja**, welche? \_\_\_\_\_

8. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  ja  nein

**Wenn ja**, welche? \_\_\_\_\_

**Behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

9. Ist Ihr Antrag um Aufnahme von einer Versicherungsgesellschaft zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (erhöhte Prämie, Kürzung der Versicherungsdauer oder der Leistungen)?  ja  nein

**Wenn ja**, weshalb? \_\_\_\_\_

10. Werden im jetzigen Zeitpunkt und bei Versicherungsbeginn gegenüber der Invalidenversicherung, der Militärversicherung, einer Krankentaggeld- oder Unfallversicherung Leistungen geltend gemacht oder von einer dieser Versicherung erbracht (allfällige Verfügungen bitte in Kopieform beilegen)?  ja  nein

**Wenn ja**, weshalb? \_\_\_\_\_

11. Welcher Arzt ist am Besten mit Ihrer Krankengeschichte vertraut? Bei Bedarf mehrere Adressen angeben:

Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Wichtiger Hinweis

Elips Life behält sich das Recht vor, die Aufnahme zu den vertraglichen Versicherungsleistungen durch eine ärztliche Untersuchung zu prüfen. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist die Gesellschaft von der Leistungs- pflicht befreit, wenn sie binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person