

Vertraulich/Persönlich
Fondation Patrimonia
zu Händen des Beratungsarzt
Rue Saint-Martin 7
1003 Lausanne

Erweiterte Gesundheitsprüfung

Um die Vertraulichkeit der Angaben in diesem Formular zu gewährleisten, schicken Sie es bitte nur an die oben stehende Adresse unseres Vertrauensarztes.

Dieses Formular ist zwingend auszufüllen, wenn Sie eine der vier Fragen der Beitrittserklärung mit ja beantwortet haben.

Unternehmen/Zweigniederlassung: _____

Personalien der versicherten Person

Geschlecht: Männlich Weiblich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Adresse: _____

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen einzeln, genau und sorgfältig:

- 1 Sind Sie gegenwärtig voll arbeitsfähig? Ja Nein
Sind Sie gegenwärtig völlig gesund? Ja Nein
- 2 Sind Sie infolge des Verlusts, der Gebrauchsunfähigkeit oder funktionaler Störungen von Gliedern oder Organen behindert? Ja Nein
- 3 Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein
Welche? _____
Wofür? _____
Wie häufig? _____
- 4 Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
- 5 Konsumieren Sie oder haben Sie Betäubungsmittel konsumiert (Drogen, Alkohol)? Ja Nein

Stiftung Patrimonia

Hauptsitzadresse
Le Lumion
Route François-Peyrot 14
CH-1215 Genf 15
www.patrimonia.ch
info@patrimonia.ch

Korrespondenzadresse
Zweigniederlassung Lausanne
Rue Saint-Martin 7
CH-1003 Lausanne
Allgemeine T.+41 58 806 0800



- 6 Haben Sie in den letzten 10 Jahren an Herz- oder Kreislaufbeschwerden, Bluthochdruck, Tuberkulose, Atemwegkrankheiten, Geschwüren, Krebs, Albuminurie, Diabetes, Nieren-, Magen-, Gallenblasen- oder Leberleiden, Gelenk- oder Rückenschmerzen, Epilepsie, Depression oder Nervenleiden, Seh- oder Hörstörungen gelitten? Ja Nein
- 7 Waren Sie in den letzten 10 Jahren krankheits- oder unfallbedingt schon mal während mehr als 4 Wochen arbeitsunfähig? Ja Nein
- 8 Sind oder waren Sie schon mal von Erkrankungen oder Störungen des Immunsystems oder Infektionskrankheiten wie AIDS, HIV-Infektionen, sexuell übertragbaren Krankheiten, Hepatitis, Tropen- oder anderen Krankheiten betroffen? Ja Nein
- 9 Hat ein Versicherungsantrag, ein Beitritts-gesuch zu einer Krankenkasse oder ein Gesuch um Verlängerung einer Versicherungsdeckung bei Ihnen schon mal zu einer Anpassung, Ablehnung oder zu erschwerten Bedingungen geführt? Ja Nein
 Wann? _____ Weshalb? _____
 Bei welcher Gesellschaft? _____

Wenn Sie eine der Fragen 2-9 mit ja beantwortet haben oder an anderen gesundheitlichen Beschwerden leiden, machen Sie bitte folgende Angaben:

Frage Nr.	Art der Krankheit, Verletzung, Behinderung, Operation?	Datum, Dauer? Heilung? Spätfolgen?	Behandelnde Ärzte, Spitäler (Adresse des behandelnden Arztes, des Spitals/Abteilung)

Bemerkungen

Erklärungen

Ich ermächtige alle Ärzte, Spitäler und übrigen Einrichtungen, im Rahmen dieser Versicherung dem ärztlichen Dienst des Versicherers Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu geben, und gestatte, die Daten soweit nötig zur Risikobestimmung zu verwenden. Die Fragen sind vollständig und wahrheitsgemäss zu beantworten. Werden wichtige Tatsachen im Zusammenhang mit dem Risiko verheimlicht oder unrichtig gemeldet, ist der Versicherer berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers (oder gesetzlichen Vertreters): _____

Stiftung Patrimonia

Hauptsitzadresse
 Le Lumion
 Route François-Peyrot 14
 CH-1215 Genf 15
 www.patrimonia.ch
 info@patrimonia.ch

Korrespondenzadresse
 Zweigniederlassung Lausanne
 Rue Saint-Martin 7
 CH-1003 Lausanne
 Allgemeine T.+41 58 806 0800

