

## F. Gesundheitserklärung

**GESUNDHEITSERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLERS (einschliesslich Ehegatte und/oder minderjährige Kinder gemäss Abschnitt C).**

**ALLE FRAGEN MÜSSEN BEANTWORTET WERDEN. WERDEN WESENTLICHE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN VERSCHWIEGEN ODER UNRICHTIG ANGEZEIGT, KANN DIES DIE AUFLÖSUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGS ODER DIE VERWEIGERUNG DER ZAHLUNG IM SCHADENFALL NACH SICH ZIEHEN.**

**Bitte markieren Sie das betreffende Kästchen, wenn eine der antragstellenden Personen (Sie, Ihr Ehegatte und Ihre Angehörigen) innerhalb der letzten 5 Jahre bezüglich der nachstehenden Fragen konsultiert, beraten, untersucht, diagnostiziert, hospitalisiert oder zur Behandlung empfohlen wurde :**

**(zu den Fragen, welche Sie mit JA beantworten, haben Sie im nachfolgenden Abschnitt G vollständige Angaben zu machen)**

### Gesundheitserklärung

1) Weisen Sie oder einer Ihrer mitzuversichernden Angehörigen einen Gesundheitsschaden auf oder sind invalid?

2) Leiden oder littten Sie oder einer Ihrer mitzuversichernden Angehörigen unter einer wiederkehrenden Krankheit oder Verletzung, unabhängig davon, ob ärztliche Konsultationen erfolgten ?

3) Wurde an Ihnen oder einem Ihrer mitzuversichernden Angehörigen ein chirurgischer Eingriff vorgenommen oder haben Sie Grund zur Annahme, dass ein operativer Eingriff in der Zukunft erforderlich wird?

4) Haben Sie oder oder einer Ihrer mitzuversichernden Angehörigen in den letzten zwei Jahren einen Arzt konsultiert, oder wird dies in absehbarer Zeit nötig sein?

5) Betreiben Sie oder einer Ihrer mitzuversichernden Angehörigen gefährliche Sportarten oder sind in riskante Aktivitäten eingebunden? Wenn JA, beschreiben Sie diese Aktivitäten bzw. benennen Sie solche Sportarten nachstehend.

**(Berechtigte Ansprüche wegen Behandlungen von Leistenbruch und Nierensteinen unterliegen einer Kostenbeteiligung von 50%, wenn der Anspruch innert der ersten 30 Tage nach Versicherungsbeginn gestellt wird).**

**Zusätzliche Informationen und Bemerkungen:**

-

### G. Einzelheiten zur Gesundheitserklärung

**GEBEN SIE ZU JEDER IN ABSCHNITT F. MIT „JA“ BEANTWORTETEN FRAGE WEITERE EINZELHEITEN.**

Frage Nr.	Betroffene Person	Zustand / Diagnose	Behandlung (Operationen, Medikamente)	Behandlungszeit (von / bis)	Leiden bestehend oder geheilt	Tel.-Nr. des Arztes oder des Spitals / Anstalt