

## Gesundheitsdeklaration

### Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

(Alle Informationen unterstehen dem Bundesgesetz über den Datenschutz und werden vertraulich behandelt)

#### Gesundheitsdeklaration zu Offerte/Antrag vom .....

#### Versicherte Person

Name ..... Vorname .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Geburtsdatum ..... Beruf .....

Ausländer: Ausweis ..... (bitte Kopie beilegen) in der Schweiz seit: .....

Geschlecht weiblich männlich

Sprache .....

Feste Jahreslohnsumme Ja\* Nein \* Wenn ja, ..... Franken

#### Fragen an die versicherte Person

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Sind Sie selbstständig erwerbend?   | Ja | Nein |
| Wenn ja, seit wann? .....  |    |      |
| 2. Waren Sie in den letzten zwei Jahren arbeitslos?  | Ja | Nein |
| Wenn ja: seit wann? .....  |    |      |
| 3. Bestehen bei Ihnen gegenwärtig gesundheitliche Störungen?   | Ja | Nein |
| 4. Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?  | Ja | Nein |
| 5. Waren Sie in den letzten fünf Jahren länger als zwei aufeinander folgende Wochen arbeitsunfähig?  | Ja | Nein |
| 6. Sind Sie zurzeit in ärztlicher, therapeutischer oder komplementärmedizinischer Behandlung, Kontrolle oder Abklärung?  | Ja | Nein |
| 7. Leiden oder litten Sie in den letzten fünf Jahren an einer Krankheit, einer Unfallfolge und/oder einem Gebrechen (inkl. Suchtkrankheiten wie Drogen, Medikamente, Alkohol, Bulimie usw.)? | Ja | Nein |
| 8. Stehen ärztliche, therapeutische und/oder komplementärmedizinische Behandlungen, Abklärungen, Operationen oder Kuren bevor?   | Ja | Nein |
| 9. Bestehen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechens?  | Ja | Nein |
| 10. Wurden Sie in den letzten fünf Jahren ärztlich, therapeutisch oder komplementärmedizinisch behandelt, kontrolliert oder abgeklärt?   | Ja | Nein |
| 11. Wurden Ihnen in den letzten fünf Jahren Medikamente verabreicht oder verschrieben?   | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche Dosis? .....   |    |      |
| 12. Leiden Sie an den Folgen einer Viruserkrankung (wie Corona, HIV, Affenpocken usw.)?  | Ja | Nein |
| Wenn ja, an welcher? .....   |    |      |
| 13. Rauchen Sie?   | Ja | Nein |
| Wenn ja: was und wie viele Stück pro Tag? .....  |    |      |
| 14. Besteht eine Schwangerschaft (nur für weibliche Personen)?   | Ja | Nein |
| Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin? .....  |    |      |



## Schlusserklärung und Vollmacht

### Personalien der versicherten Person /des Antragssteller

#### Schlusserklärung und Vollmacht zu Offerte/Antrag vom .....

Name .....	Vorname .....
Strasse .....	PLZ/Ort .....
Geb.datum .....	Beruf .....
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	

Der Antragsteller erklärt, alle Fragen dieses Versicherungsantrages vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die allfälligen Zusatzbedingungen für die beantragte Versicherung sowie das Merkblatt Kundeninformation/ Datenschutz nach Artikel 3 VVG erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben. Für die Überprüfung des Versicherungsantrages kann *innova* bei den im Gesundheitsfragebogen angegebenen Leistungserbringern, Behörden, Amtsstellen und anderen Versicherungsgesellschaften weitere Angaben anfordern. Dabei werden nur diejenigen Personen, Institutionen angefragt die in dem in Frage stehenden Punkt genannt wurden. Mit seiner Unterschrift entbindet der Antragsteller daher die angefragten Spitäler, Ärzte, andere Leistungserbringer, Amtsstellen, andere Krankenversicherer und Versicherungsgesellschaften für die Dauer von drei Monaten ab Unterzeichnung dieses Antrags von ihrer Schweigepflicht gegenüber *innova* und ermächtigt sie, ihr alle im Zusammenhang mit der Versicherung gewünschten Auskünfte zu erteilen. Nach Ablauf von drei Monaten erlischt diese Befreiung von der Schweigepflicht. Der Antragsteller nimmt aber zur Kenntnis, dass von ihm zu einem späteren Zeitpunkt eine entsprechende und aktuelle Erklärung einverlangt werden kann, wenn dies im Rahmen der Mitwirkungspflicht erforderlich ist. Dies namentlich zur Prüfung einer Leistungspflicht von *innova* oder zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung. Er ist damit einverstanden, dass seine Daten für anonymisierte statistische Auswertungen und für Marketingzwecke genutzt werden können. Er nimmt zur Kenntnis, dass er *innova* einen allfälligen Widerruf seiner Einwilligung für die Bearbeitung von seinen Daten für Marketingzwecke schriftlich mitteilen muss.

Bei unvollständigen und unwahren Angaben ist *innova* berechtigt den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen nachdem *innova* von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat (Artikel 6 VVG).

#### Der Unterzeichner erklärt:

- vorliegend einen Antrag zu einer Versicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) gestellt zu haben;
- die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben;
- davon Kenntnis genommen zu haben, dass unwahre Angaben eine Kündigung zur Folge haben;

Die Leistungspflicht von *innova* für bereits eingetretene Schäden erlischt nur, wenn deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist. Falls der Versicherungsabschluss über einen für *innova* tätigen Vertriebspartner erfolgt, bestätigt der Antragssteller, die Vertriebspartnerinformation gemäss Versicherungsaufsichtsgesetz (Artikel 45 VAG) zur Kenntnis genommen zu haben. Der Versicherungsnehmer nimmt ferner zur Kenntnis, dass es in seiner alleinigen Verantwortung liegt, allfällige Vorschriften und Mindestleistungen eines Gesamtarbeitsvertrages zu beachten. Für eventuelle Differenzen, die zwischen den aufgrund dieses Antrages vereinbarten Leistungen und allfälligen Bestimmungen eines Einzel- oder Gesamtarbeitsvertrages bestehen, kommt *innova* nicht auf. Sofern Sie mit diesem Versicherungsantrag die Erhöhung bestehender Versicherungen oder den Einschluss weiterer Leistungen beantragen, kann *innova* den ganzen Vertrag den neuesten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unterstellen.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_