



Gesundheitsfragen | Gesundheit & Wertvoll Krankenversicherung

Ich erkläre, dass alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet werden – auch wenn und soweit dieser Antrag von einer dritten Person ausgefüllt wird. Im Falle einer unterbliebenen Bekanntgabe eines Umstandes nach dem in geschriebener Form nachgefragt wird, kann UNIQA vom Vertrag zurücktreten oder vertragliche Leistungen verweigern.

VP ___ Name		Geburtsdatum	Polizzenummer
Körpergröße/cm	Gewicht/kg	BMI	

Erreichbarkeit für Rückfragen des Teams Underwriting Personenversicherung (ehem. MCC)

Telefonnummer	E-Mail
---------------	--------

Bei welchem Arzt oder Ärztin sind Sie in Behandlung?

Name und Anschrift

Der Gesundheitszustand ist für die Gestaltung des Versicherungsschutzes von entscheidender Bedeutung. Wir bitten, die nachstehenden Fragen genau und vollständig zu beantworten. Bei Beantwortung mit „JA“, machen Sie bitte die jeweils zutreffenden **Detailangaben**, wie z. B. Grund und Zeitraum? Ausgeheilt?

1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1-30 täglich <input type="checkbox"/> mehr als 30 täglich
2. Konsumieren Sie Alkohol? Wenn täglich, welche Art von Alkohol und wieviel?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich _____
3. Haben Sie in den letzten 10 Jahren Drogen genommen? Wenn ja, welche Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Haben Sie in den letzten drei Jahren regelmäßig Medikamente, Asthmasprays, Injektionen, Komplementärmedizin (wie z. B. Homöopathie, TCM, ...) eingenommen? Welche, von wann bis wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Waren Sie am Corona-Virus erkrankt? Wenn ja, wann? Müssen Sie noch behandelt werden? Haben Sie noch Symptome?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Sind Spitals-, Kuraufenthalte, Untersuchungen, Operationen, Therapien (wie z. B. Physio-, Psycho-, Ergotherapie, Logopädie, ...) geplant oder angedacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Bestanden jemals Gefäßerkrankungen (wie z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, ...), gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (wie z. B. Leukämie, Brustkrebs, Melanom, Gehirntumor, ...), Erkrankungen des Immunsystems (wie z. B. HIV, Autoimmunerkrankung, ...)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Haben oder hatten Sie eine Brille, Kontaktlinsen und/oder Laserkorrektur?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien linkes Auge (ggf. vor einer Korrektur) <input type="checkbox"/> 0,1- 7,9 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> mehr als 12 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dioptrien rechtes Auge (ggf. vor einer Korrektur) <input type="checkbox"/> 0,1- 7,9 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> mehr als 12
9. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Geburtstermin

- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Störungen, Verletzungen, Anomalien, Beschwerden oder wurden Sie in einem Krankenhaus, einer Rehab- oder Kureinrichtung ambulant, stationär und/oder tagesklinisch aufgenommen?
- Waren Sie in den letzten 5 Jahren in regelmäßiger ambulanter ärztlicher Behandlung oder Kontrolle?

Die folgenden Punkte (a-n) beziehen sich auf Körperregionen und sollen unter Bedachtnahme der oben angeführten Fragen bei der Erhebung des Gesundheitszustandes bzw. bei der Beantwortung unterstützen.

Bei Beantwortung mit „JA“, machen Sie bitte die jeweils zutreffenden **Detailangaben**, wie z. B. Grund und Zeitraum? Ausgeheilt?

a) des Herzens oder des Kreislaufs (wie z. B. erhöhter Blutdruck – Werte angeben, Schmerzen in der Herzgegend, Durchblutungsstörungen, Vorhofflimmern, Krampfadern, Hämorrhoiden, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) des Nervensystems (wie z. B. Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Epilepsie, Migräne, ..., Ergotherapie, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) der Psyche (wie z. B. Angststörungen, Depression, Burnout, Suizidversuch, Essstörungen, Neurosen, Psychotherapie, ... bzw. nehmen oder nahmen Sie Medikamente, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
d) von Hals, Nasen und Ohren (wie z. B. Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, Nasenscheidenwandverkrümmung, Nebenhöhlenentzündung, ..., Logopädie, ...), Schilddrüsenerkrankungen (wie z. B. Hashimoto, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
e) der Augen (wie z. B. Sehstörung, Doppelbilder, grauer/grüner Star, Netzhauterkrankungen, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
f) der Haut (wie z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Akne, Lipödem, Lymphödem, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
g) des Bewegungsapparates – Knochen, Gelenke, Muskeln, Wirbelsäule, Sehnen, Bänder, Knorpeln (wie z. B. Meniskus, Osteoporose, rheumatische Beschwerden, Nacken-, Kreuzschmerzen, Bandscheibenvorfall, Fußfehlstellung, Arthrosen, ..., Physiotherapie, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
h) der Lunge oder der Atemwege (wie z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Allergie, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
i) des Bauches und der Verdauungsorgane (wie z. B. Sodbrennen, Gastritis, Hernie, Gallensteine, Pankreatitis, chronische Darmentzündung, Hepatitis, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
j) der Niere, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brustdrüse, Prostata (wie z. B. Entzündungen, Steine, Nierenversagen, Zysten, Myom, Endometriose, ..., Abstrichkontrolle, HPV, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
k) des Stoffwechsels (wie z. B. Diabetes,...) der Hormone, der Blutgerinnung, Erkrankungen des Blutes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
l) auffällige Laborwerte (wie z. B. Blutzucker, Blutfette, Harnsäure, Nierenwerte, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
m) haben Sie eine dauernde Beeinträchtigung/Einschränkung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit, Gebrechen oder Unfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
n) sonstige Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden, die oben noch nicht angeführt wurden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Zusätzlich für Pflegeversicherung:

Benötigen Sie fremde Hilfe im Alltag wie z. B. bei An- oder Auskleiden, Körperpflege, Treppensteigen, Essen und Trinken, Benutzung der Toilette, sich im Haus bewegen oder das Haus zu verlassen und/oder benutzen Sie eine Gehhilfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Schwierigkeiten mit der Kontrolle von Urin oder Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzl. Vertretung