

Eintrittsmeldung Krankentaggeld

Versicherer

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutuel Versicherungen AG | <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG |
| <input type="checkbox"/> Mutuel Krankenversicherung AG | <input type="checkbox"/> EasySana Krankenversicherung AG |
| <input type="checkbox"/> Philos Krankenversicherung AG | <input type="checkbox"/> Avenir Krankenversicherung AG |

Arbeitgeber

Firma/ Unternehmen _____ Nr. des Vertrags. _____
 PLZ/Ort _____ Kategorie (wenn nötig) _____

Zu versichernde Person

Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geschlecht _____
 AHV-Nr. _____ Beruf _____
 Zivilstand _____ Datum der Eheschliessung _____
 Nationalität _____ Ausländer-Ausweis _____

Sprache: F D I E

Vollständige Adresse :

Eintrittsdatum _____ AHV-Jahreslohn: Fr _____ Beschäftigungsgrad in %: _____
 Für Selbstständigerwerbende im Sinn der AHV, versichertes Jahreseinkommen Fr. _____

Zusätzliche Fragen

Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig? ja nein

Bezieht die zu versichernde Person von der IV, aus dem UVG, von Krankenversicherern oder anderen

Versicherern Taggeld- oder Rentenleistungen? ja nein

Wenn ja, von welcher Versicherung ? _____ Invaliditätsgrad in % _____

Kopie der Verfügung beilegen

Ort und Datum :

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers :



Der beigelegte medizinische Fragebogen muss von der zu versichernden Person ausgefüllt werden.

Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG

Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG / Mutuel Krankenversicherung AG / Philos Krankenversicherung AG
 SUPRA – 1846 SA / AMB Versicherungen AG / Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG / Mutuel Versicherungen AG / Groupe Mutuel Leben GMV AG
Die von der Groupe Mutuel Services AG verwaltete Stiftung: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Krankenversicherung
Administrative Kontaktdaten: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny – 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch

Medizinischer Fragebogen – Vertraulich

- Versicherer**
- Mutuel Versicherungen AG Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG
- Mutuel Krankenversicherung AG EasySana Krankenversicherung AG
- Philos Krankenversicherung AG Avenir Krankenversicherung AG

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Arbeitgeber _____

Name, Vorname und Adresse des Hausarztes oder des behandelnden Arztes:

-
1. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre oder sind Sie derzeit in medizinischer Behandlung? nein ja
2. Waren Sie in einem Spital oder ist ein Spitalaufenthalt vorgesehen? nein ja
3. Waren Sie oder sind Sie derzeit arbeitsunfähig? nein ja
4. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? nein ja
5. Haben Sie Unfälle erlitten mit Folgen, für die zukünftige Behandlungen erforderlich sein könnten? nein ja
6. Haben Sie sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen? nein ja
7. Leiden oder litten Sie an Suchtkrankheiten (Drogen, Medikamente, Alkohol)? nein ja
8. Haben Sie sich einem HIV-Test (AIDS) unterzogen? nein ja
- Falls ja, Resultat: HIV-positiv HIV-negativ

Haben Sie derzeit oder hatten Sie gesundheitliche Beschwerden oder haben Sie eine Veranlagung zu:

9. Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungenentzündung)? nein ja
10. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Herzbeschwerden, Blutdruck, Embolien, Krampfadern, Thrombosen)? nein ja
11. Erkrankungen des Verdauungsapparats (z. B. Speiseröhre, Magen, Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm, Hämorrhoiden)? nein ja
12. Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder der Muskeln (z. B. Rheuma, Arthrose, Osteoporose, Missbildungen)? nein ja
13. Erkrankungen des Rückens (z. B. Diskushernie, Halswirbelsäulenerkrankungen, Ischias, Lumbalgie)? nein ja
14. Erkrankungen der Augen oder Ohren? nein ja
15. Erkrankungen der Nieren, Geschlechtsorgane, Blase oder Prostata (z. B. Gallen- oder Nierensteine, Missbildungen, Tumore)? nein ja
16. Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Lähmungssymptome, Epilepsie, Migräne, Schwindelanfälle, Tumore)? nein ja
17. Stoffwechsel- und Blutkrankheiten (z. B. Diabetes, Gicht, Anämie, Leukämie, Milzkrankung)? nein ja
18. Drüsenkrankheiten (z. B. Schilddrüse, Nebennieren, Hypophyse) ? nein ja
19. Hautkrankheiten (z. B. Allergien, Ekzem, Psoriasis, Krebs)? nein ja
20. Andere Erkrankungen, Missbildungen oder Geburtsgebrechen, die oben nicht erwähnt wurden? nein ja

Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG

Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG / Mutuel Krankenversicherung AG / Philos Krankenversicherung AG
 SUPRA – 1846 SA / AMB Versicherungen AG / Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG / Mutuel Versicherungen AG / Groupe Mutuel Leben GMV AG
Die von der Groupe Mutuel Services AG verwaltete Stiftung: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Krankenversicherung
Administrative Kontaktdaten: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny – 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch

Für Frauen

21. Leiden oder litten Sie an einer gynäkologischen Krankheit, einer Brustkrankheit oder Sterilität? nein ja

22. Sind Sie schwanger? Wenn ja, voraussichtliches Datum der Niederkunft: _____ nein ja

23. Bitte Grösse und Gewicht angeben: Grösse _____ cm Gewicht: _____ kg

24. Rauchen Sie? Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ nein ja

25. Wurde bei einem früheren BVG-Vertrag oder einer Taggeldversicherung ein Vorbehalt angebracht oder erfolgte eine Ablehnung oder wurden bestimmte Leistungen gekürzt? nein ja

Wenn ja, Name des betroffenen Versicherer sowie Begründung _____

26. Haben Sie Ihren Anspruch auf Erwerbsersatzentschädigungen bei einem Versicherer bereits ausgeschöpft? nein ja

Wenn ja, bei welchem und wann? _____

Wenn Sie eine Frage von 1 bis 20 mit ja beantwortet haben, ergänzen Sie bitte die nachfolgende Tabelle:

Punkt Nr	Art der Krankheit/des Unfalls (Diagnose, Arzneimittel)	Datum	Dauer der Behandlung	operiert	Arbeitsunfähigkeit	geheilt ohne Folgen	behandelnder Arzt/Spital Adresse
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dauer :	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dauer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dauer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Dauer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Erklärung der zu versichernden Person

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die oben aufgeführten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und bestätige, dass die von einer Drittperson angegebenen Antworten meinen Anweisungen entsprechen. Für alle Fragen auf dem vorliegenden Fragebogen entbinde ich Ärzte, anderes medizinisches Personal, Spitäler, frühere Versicherer und andere Versicherer von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer. Ich ermächtige den Versicherer, die notwendigen Daten zu verarbeiten. Bei falscher oder unvollständiger Erklärung verweigert der Versicherer die Leistungen. Die BVG-Stiftung behält sich das Recht vor, den Beitritt aufgrund der erhaltenen Auskünfte zu überprüfen. Ist mein Arbeitgeber bei der Groupe Mutuel für Krankentaggeld und die berufliche Vorsorge versichert, wird diese Erklärung zur administrativen Entlastung an den Taggeldversicherer und die BVG-Stiftung weitergeleitet.

Bemerkungen: _____

Ort und Datum :

Unterschrift der zu versichernden Person :

Gesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG

Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG / Mutuel Krankenversicherung AG / Philos Krankenversicherung AG
 SUPRA – 1846 SA / AMB Versicherungen AG / Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG / Mutuel Versicherungen AG / Groupe Mutuel Leben GMV AG
Die von der Groupe Mutuel Services AG verwaltete Stiftung: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Krankenversicherung
Administrative Kontaktdaten: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny – 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch