



Ihr weltweiter Partner für die Gesundheit

ANTRAG Nr. CHG001/99999  
Versicherungsvertreter : .....

Name der Schule : .....

**ZU VERSICHERNDE PERSON**

Herr  Frau      Heimatland : .....  
Name : .....      E-Mail : .....  
Vorname : .....      Korrespondenzadresse in der Schweiz : .....  
 Ledig  Verheiratet  Geschieden  Verwitwet  
Geburtsdatum : ..... / ..... / ..... (Tag / Monat / Jahr)      PLZ : ..... Stadt : ..... Kanton : .....  
Nationalität : .....      Tel. : ..... Fax : .....

**PRÄMIE / DAUER**

Datum des Inkrafttretens des Vertrages : 01 / ..... / .....      Dauer des Vertrages :  12 Monate  
Vertragsbeitrag 12 Monate :  jährlich       halbjährlich       vierteljährlich       Monatlich  
Option :  A (Gemeinschaftszimmer)       B (Privatzimmer)  
Gesamtprämie in CHF : .....

**BANKVERBINDUNG**

Name der Bank : ..... Stadt : ..... Nummer des Bankkontos : .....  
Name des Kontoinhabers : ..... Bank/Clearing-Code : .....  
Adresse des Inhabers : ..... Stadt : ..... Postcheckkonto : .....

**GESUNDHEITSFRAGEBOGEN – SIEHE RÜCKSEITE =>**

**ERKLÄRUNG**

Hiermit beantrage ich, die Aufnahme der zu versichernden Person in die Plan Golden Care StudentCover der GENERALI Assurances Générales SA, und ich erkläre, Folgendes zur Kenntnis genommen zu haben und zu bestätigen :

- Alle Angaben sind richtig und meines Wissens vollständig und zutreffend, und es gibt keine Sachverhalte, die die Evaluationsergebnisse der Anmeldung für den Golden Care Service beeinflussen könnten.
- Verschweigt oder unterlässt der Versicherte Angaben, die die Gültigkeit des Versicherungsschutzes einschränken, hat der Versicherer die Möglichkeit, den Vertrag zu annullieren, sobald er davon Kenntnis erhält.
- Der Vertrag beginnt an dem in den Besonderen Versicherungsbedingungen angegebenen Datum, sobald das Dossier angenommen wurde und die Prämienzahlung erfolgt ist.
- Der Versicherungsnehmer entbindet alle Ärzte und das medizinische Personal, die ihn vor und nach Eintritt des Schadensfalls behandeln oder behandelt haben, von der Schweigepflicht.
- Ich habe die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der REF GCCHST004D "Student Cover" gelesen und akzeptiert und sie gemäss dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dem zu Versichernden übermittelt, sofern ich für diesen handle.

Unterschrift : \_\_\_\_\_ Ort : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Antrag Nr. CHG001/99999

Geburtsdatum: .... / .... / ....

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

1. Gewicht (kg) : \_\_\_\_\_ 2. Grösse (cm) : \_\_\_\_\_
3. Blutdruck :  normal Wenn nicht, wie hoch ist Ihr Blutdruck :  |  |
- |                                                                                                                                                   | JA                       | NEIN                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5kg zu- bzw. abgenommen ?<br>Wenn ja, wie viel und warum ? .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie in den letzten 3 Jahren aus anderen Gründen als für einen Check-up oder eine harmlose Erkrankung einen Arzt konsultiert ?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wurden Sie schon einmal hospitalisiert :                                                                                                       |                          |                          |
| a- in der Inneren Medizin ?                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b- in der Chirurgie ?                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c- in der Neuropsychiatrie ?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d- in einer Einrichtung für Entgiftung, Suchtentwöhnung oder Kuren ?                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wurde bei Ihnen bei biologischen Tests schon einmal eine Anomalie festgestellt ?                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wurde bei Ihnen eine Erkrankung der Atmungsorgane oder des Herz-Kreislaufsystems festgestellt ?                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie schon einmal einen Arzt wegen einer Geisteskrankheit oder einer psychologischen Störung konsultiert ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Wurde bei Ihnen eine psychologische, neurologische oder motorische Erkrankung festgestellt ?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind Sie zurzeit wegen einer Geisteskrankheit oder einer psychologischen Störung in medizinischer Behandlung ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wurde bei Ihnen eine Erkrankung der Verdauungs- oder der Reproduktionsorgane oder eine urologische Erkrankung festgestellt ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wurde bei Ihnen eine Stoffwechsel- oder Bluterkrankung festgestellt ?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wurde bei Ihnen eine Erkrankung der Haut (Ekzem, Akne, Krebs ...), des Sehvermögens oder des Gehörs festgestellt ?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Wurden bei Ihnen andere Störungen, Krankheiten und Erkrankungen, die oben nicht erwähnt sind, festgestellt ?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sind Sie gegenwärtig in medizinischer Behandlung, stehen Sie unter medizinischer Kontrolle oder nehmen Sie Medikamente ?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Leiden Sie unter Geburtsfehlbildungen/chronischen Erkrankungen/angeborenen Erkrankungen oder unter den Folgen von Krankheiten oder Unfällen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Müssen Sie sich in den nächsten Monaten einer Operation oder medizinischen Zusatzuntersuchungen unterziehen ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen oder haben Sie unter diesen gelitten bzw. neigen Sie zu diesen :                                      |                          |                          |
| a- Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder der Muskeln ?                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b- Erkrankungen des Rückens ?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c- Erkrankungen der Nieren, der Geschlechtsorgane, der Blase oder der Prostata ?                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d- Erkrankungen des Nervensystems ?                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>FÜR FRAUEN :</b>                                                                                                                               |                          |                          |
| 20. Hatten Sie schon schwierige Schwangerschaften oder schwierige Entbindungen ?                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sind Sie schwanger oder glauben Sie, dass Sie schwanger sind ?                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Wurde bei Ihnen eine gynäkologische Erkrankung/ein Brustkrebs festgestellt ?                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift : \_\_\_\_\_ Ort : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

