



TravelCover

IHR WELTWEITER PARTNER FÜR DIE GESUNDHEIT

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr

Um Ihre Anmeldung gemäss Artikel 8.1.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Plans Golden Care TravelCover zu regeln, bitten wir Sie, uns den nachstehenden Gesundheitsfragebogen rechtsgültig ausgefüllt und unterzeichnet zurückzusenden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

1. Gewicht (kg): _____

Grösse (cm): _____

2. Blutdruck: normal

Wenn nicht, wie hoch ist Ihr Blutdruck:

3. Sind Sie bei guter Gesundheit?

Ja

Nein

4. Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen Arzt konsultiert oder wurden Sie in den letzten 3 Jahren hospitalisiert?

Ja

Nein

5. Leiden Sie unter Geburtsfehlbildungen, chronischen Erkrankungen, angeborenen Erkrankungen oder unter den Folgen von Krankheiten oder Unfällen?

Ja

Nein

6. Wurde bei Ihnen bei biologischen Tests schon einmal eine Anomalie festgestellt?

Ja

Nein

7. Wurde bei Ihnen eine Erkrankung der Atmungsorgane oder des Herz-Kreislaufsystems festgestellt?

Ja

Nein

8. Sind Sie gegenwärtig in medizinischer Behandlung, stehen Sie unter medizinischer Kontrolle oder nehmen Sie Medikamente?

Ja

Nein

9. Müssen Sie sich in den nächsten Monaten einer Operation oder einer medizinischen Behandlung unterziehen?

Ja

Nein

FÜR FRAUEN:

10. Sind Sie schwanger oder glauben Sie, dass Sie schwanger sind?

Ja

Nein

11. Wurde bei Ihnen eine gynäkologische Erkrankung/ein Brustkrebs festgestellt?

Ja

Nein

GESUNDHEITSERKLÄRUNG (wenn Sie auf eine oder mehrere der Fragen 4 bis 11 mit "Ja" geantwortet haben):

Frage Nr.	Datum des Ereignisses	Diagnose	Erfolgte Behandlungen	Momentaner Zustand	Vorgesehene Behandlungen

Unterschrift: _____

Ort: _____

Datum: ____/____/____

In Erwartung dieses Dokuments grüssen wir Sie freundlich.

Angelegenheit betreut von:

Golden Care Service