

## Gesundheitsdeklaration

---

### Antrag

---

Antragsnummer: 1234567

Datum Antrag: 23.06.2023

### Antragssteller

---

Name: Glauser

Vorname: Michael

Kundenstatus; Neukunde

Versicherungsbeginn; 01.08.2023

Unterschriftsdatum: 23.06.2023

Geburtsdatum: 17.05.1966

Grösse: 163cm

Gewicht: 76kg

### Produkte

---

Spitalkapitalversicherung, CHF 15'000.00

Spitaltaggeldversicherung, CHF 500.00

### Gesundheitsfragen

---

1. Sind Sie zurzeit in ärztlicher, zahnärztlicher, kieferorthopädischer, therapeutischer oder komplementärmedizinischer Behandlung, Kontrolle oder Abklärung? **Nein**
2. Stehen ärztliche, zahnärztliche, kieferorthopädische, therapeutische oder komplementär-/naturheilverbündliche Behandlungen, Abklärungen oder Kontrollen bevor? Oder haben Sie solche geplant bzw. wurden solche empfohlen, jedoch nicht durchgeführt? **Nein**
3. Stehen Eingriffe / Operationen (auch kosmetische oder ästhetische) oder Kuren bevor? Oder haben Sie solche geplant bzw. wurden solche empfohlen, jedoch nicht durchgeführt? **Nein**
4. Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden oder aus kosmetischen Gründen durchgeführt? (Atemwege/-organe, Herz-/Gefässkrankheiten, Krampfadern, erhöhter/ zu tiefer Blutdruck, Epilepsie, neurologische Erkrankungen, Migräne, psychische Erkrankungen, Psychotherapien, Anorexie, Bulimie, Verdauungsorgane, Harn- oder Geschlechtsorgane, Haut oder Allergien, Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule, Tumorleiden, Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase), Blut- oder Infektionskrankheiten, Stoffwechsel oder Drüsen, z.B. Bauchspeicheldrüse, Zuckerkrankheit, Schilddrüse, erhöhter Cholesterinwert, andere nicht genannten Erkrankungen oder Beschwerden)? **Nein**
5. Hatten Sie jemals ein bösartiges Tumorleiden (Krebserkrankung)? **Nein**
6. Hatten Sie jemals eine operative Adipositasbehandlung (Magenband oder andere)? **Nein**

7. Bestehen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls? **Nein**
8. Leiden Sie an einem Geburtsgebrechen oder beziehen oder bezogen Sie Leistungen der eidg. Invalidenversicherung, der Unfallversicherung oder der Militärversicherung? (Verfügung beilegen) **Nein**
9. Leiden Sie an einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit und/oder beziehen Sie bereits Leistungen aus anderen Erwerbsaufall- oder Vorsorgeversicherungen? (bitte Bescheid beilegen) **Nein**
10. Besteht eine Kiefer-/Zahnfehlstellung oder wurde eine Behandlung empfohlen? (Falls Kostenvoranschlag vorhanden, bitte beilegen) **Nein**
11. Wurde ein Verdacht geäußert bezüglich einer Kiefer-/Zahnfehlstellung? **Nein**
12. Ist deswegen eine Abklärung, Behandlung oder Zahnstellungskorrektur geplant oder hat die Behandlung bereits begonnen? **Nein**
13. Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? **Nein**
14. Wurde bei Ihnen ein Hepatitis-Test (Hepatitis B, C) durchgeführt? **Nein**
15. Nehmen/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente (ausgenommen Antibabypille)? **Nein**
16. Name/Adresse des bisherigen Hausarztes: **Dr. med. Patrick Siegenthaler, Frauenfeld**
17. Wurden bereits Anträge von vita nova oder von anderen Versicherern abgelehnt, zurückgestellt oder nur unter erschwerten Bedingungen angenommen (z.B. Deckungsausschluss, Rückstellung, Risikozuschlag oder Ablehnung)? **Nein**

---

Unterschrift des Antragsstellers

---