

## Krankenzusatzversicherung

### Medizinischer Fragebogen

Einzelner Teilnehmer: Nachname - Vorname

Zu versichernde Person: Nachname - Vorname

Anschrift

Geburtsdatum (T - M - J)

Geschlecht  M  W

Organisation oder Institution

Nationalität

#### 1. Teilen Sie uns bitte die folgenden Angaben mit

- Ihr Blutdruck (falls bekannt)

max

min

- Ihr Gewicht (kg)

Ihre Größe (cm)

#### 2. Beschreiben Sie Ihren tatsächlichen Gesundheitszustand

**3. Leiden Sie unter chronischen, psychischen oder physischen Beeinträchtigungen?**  Ja  Nein

Falls ja, bitte erläutern.

Kommen Sie in den Genuss einer 100%igen Erstattung durch JSIS?

Ja  Nein

Falls ja, aufgrund welcher Symptomatik?

**4. Hatten Sie (in den vergangenen 10 Jahren) einen chirurgischen Eingriff oder eine medizinische Behandlung?**  Ja  Nein

Falls ja, nennen Sie bitte das Datum/die Daten, Art des Eingriffs bzw. der Behandlung und die Folgen für Ihren Gesundheitszustand.

#### 5. Müssen Sie in den kommenden 6 Monaten

- in ein Krankenhaus eingewiesen werden?

Ja, bitte nennen Sie die Ursache.

Nein

- einen chirurgischen Eingriff vornehmen lassen?

Ja, beschreiben Sie nachfolgend bitte die Art des Eingriffs und die Diagnose.

Nein

**6. Befinden Sie sich gegenwärtig in ärztlicher Behandlung (medikamentös oder anderweitig)?**  Ja  Nein

Falls ja, erläutern Sie bitte Behandlung und Ursache.



Werden Sie gegenwärtig paramedizinisch behandelt (Physiotherapie, Osteopathie, Sprachtherapie)?

Ja  Nein

Falls ja, erläutern Sie bitte Behandlung und Ursache.

Sind Sie schwanger?

Ja  Nein

Falls ja, wann ist der erwartete Geburtstermin (sofern bereits bekannt)?

Ich akzeptiere die Bedingungen. Ich versichere, dass die obigen Angaben nach meinem besten Wissen korrekt und wahrheitsgetreu sind. Die Einforderung unberechtigter Ansprüche, Bereitstellung irreführender Informationen oder Einbehaltung damit verbundener Angaben stellen Straftaten dar, die strafrechtlich geahndet werden. Ich bestätige hiermit, dass ich die Datenschutzerklärung von Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/de/privacy>) gelesen und vollständig verstanden habe. Wenn ich Cigna personenbezogene Daten in Bezug auf Dritte gebe, werde ich diese auf die Datenschutzerklärung von Cigna hinweisen.

Unterzeichnet in

Am

Unterschrift der zu versichernden Person. Vor die Unterschrift ist der handschriftliche Vermerk „Gelesen und genehmigt“ zu setzen.