

Krankenzusatzversicherung

Medizinischer Fragebogen

Einzelner Teilnehmer: Nachname – Vorname

Zu versichernde Person: Nachname – Vorname

Anschrift

Geburtsdatum (T - M - J)

Geschlecht

M

W

Organisation oder Institution

Nationalität

I. 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.

