

Gesundheitsdeklaration für Krankenzusatzversicherungen für Neugeborene (Die Gesundheitsdeklaration ist ab Geburt für maximal 3 Monate gültig)

Durch die Helsana-Gruppe auszufüllen

Familienvorstand

Versichertennummer

Verkaufsstelle/Generalagentur

1 Personalien des Kindes

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht

2 Gesundheitsfragen

Grösse und Gewicht bei der Geburt
(Bitte genaue Angaben, keine Circa-Werte)

Länge (cm)

Geburtsgewicht (g)

Einlings-/Mehrlingsschwangerschaft

Einling Zwilling Drilling

In welcher Schwangerschaftswoche kam
das Kind zur Welt?
(Diese Angaben sind im Gesundheitsheft aufgeführt)

APGAR-Werte
(Diese Angaben sind im Gesundheitsheft aufgeführt)

1' 5' 10'

Gab es Geburtskomplikationen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Austrittsdatum aus dem Spital/Geburtshaus

Hausgeburt

Ja Nein

Ist das Kind aktuell in ambulanten oder
stationären Beratungen/Untersuchungen/
Behandlungen/Operationen oder sind solche
bereits erfolgt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ursache/genauere Diagnose:

Datum der letzten Behandlung:

Folgenlos geheilt? Ja Nein

Wurden ambulante oder stationäre Beratungen/Untersuchungen/Behandlungen/Operationen empfohlen, aber noch nicht durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ursache/genauere Diagnose:

Datum der geplanten Beratungen/Untersuchungen/Behandlungen/Operationen:

Wurde ein Geburtsgebrechen festgestellt?

Ja Nein

Wenn ja, welches?

3 Name und Anschrift des Arztes, der am besten über den Gesundheitszustand des Kindes Auskunft geben kann.

Vorname, Nachname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Ich (Inhaber bzw. Inhaberin der elterlichen Sorge) bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet habe und auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau meinen Angaben entsprechen.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich Leistungserbringer, Krankenversicherer, Vertrauensärzte und andere zuständigen Stellen von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Helsana Zusatzversicherungen AG und ermächtige sie, die im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen erforderlichen Auskünfte (für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung) zu erteilen. Helsana Zusatzversicherungen AG ist ebenso berechtigt, Bonitätsdaten von Inhabern der elterlichen Sorge im Rahmen der Risikoprüfung zu beschaffen und zu bearbeiten. Für die Risikoprüfung und zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung ermächtige ich die Helsana Zusatzversicherungen AG in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen und zu diesem Zweck zu bearbeiten. Diese Personendaten werden nur solange bearbeitet und aufbewahrt, wie es die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie eine allfällige Wiedererwägung zu Gunsten eines vorerst abgelehnten Versicherungsinteressenten zwingend erfordern. Anschliessend werden die Personendaten gelöscht bzw. vernichtet.

Ich bestätige, vor Einreichung des Antrages die entsprechenden Dokumente erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben: Versicherungsbedingungen (AVB/ZVB/VB/BVB), Kundeninformation nach VVG, allfällige Produkteblätter, Informationsformular nach VAG (sofern Beratung durch Dritte oder Helsana-Mitarbeitende). Ich bin damit einverstanden, dass ich regelmässig über weitere Produkte und Angebote der Helsana-Gruppe und deren Partnerunternehmen, die auf meine individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein könnten, informiert und beworben werde und erteile für die damit zusammenhängenden Datenbearbeitungen meine ausdrückliche Zustimmung. Ich habe die auf der Website von Helsana enthaltenen Datenschutzerklärungen für diesen Zusatznutzen zur Kenntnis genommen. Ein allfälliger Widerruf meiner Einwilligung muss schriftlich dem Kundendienst mitgeteilt werden.

Ort und Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters