

## PERSÖNLICHE DATEN DES ANTRAGSTELLERS

Vorname und Nachname(n) \_\_\_\_\_ Personalausweis Nr. \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU DER ZU VERSICHERNDEN PERSON (\*)

Vorname und Nachname(n) \_\_\_\_\_ Personalausweis Nr. \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Beziehung zum Antragsteller \_\_\_\_\_ Kennziffer \_\_\_\_\_

(\*) Handelt es sich um eine minderjährigen oder geschäftsunfähigen Person, so ist der Gesundheitsfragebogen von deren gesetzlichem Vertreter auszufüllen.

## ANGABEN ZUM GESETZLICHEN VERTRETERER

Vorname und Nachname(n) \_\_\_\_\_ Personalausweis Nr. \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Nr.	FRAGE	ANTWORT	ANMERKUNGEN
1	Leiden Sie derzeit an einer Krankheit oder haben Sie in den vergangenen 5 Jahren an einer Krankheit gelitten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Angabe der Krankheit, des Datums, der Behandlung und des Verlaufs
	Haben bisherige Krankheiten bei Ihnen Verletzungen oder Folgeerscheinungen hervorgerufen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Genauere Beschreibung der Verletzungen oder Folgeerscheinungen
2	Sind Sie schon einmal operiert worden? Sind Sie zur stationären Betreuung in ein Krankenhaus eingewiesen worden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Angabe des Datums und Grunds
3	Wann sind Sie das letzte Mal beim Arzt gewesen? Aus welchem Grund?	DATUM ...../...../.....	Grund Angabe des Fachgebiets und des nächsten Bestelltermini
4	Leiden Sie derzeit bzw. haben Sie in der Vergangenheit an Körperschäden, Missbildung, Unfähigkeit oder angeborenen Schäden gelitten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Genauere Beschreibung des Schadens, der Behandlung und des Verlaufs
5	Haben Sie ein Trauma bzw. einen Unfall erlitten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Angabe des Datums, der Behandlung und der Folgeerscheinungen
6	Befinden Sie sich derzeit unter ärztlicher Kontrolle bzw. sonstiger Behandlung? Sofern Sie über Ihren Gesundheitszustand informiert sind:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Genauere Beschreibung der Behandlung
	a) Wissen Sie, ob Sie sich vor Ablauf des nächsten Jahres einer Untersuchung oder Behandlung unterziehen müssen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Genauere Bezeichnung der Behandlung
	b) Wissen Sie, ob Sie sich innerhalb der genannten Frist stationär behandeln lassen müssen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Angabe des Grunds
7	Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Menge des täglichen Tabakkonsums
	Nehmen Sie gewöhnlich alkoholische Getränke zu sich, oder haben Sie dies in der Vergangenheit getan?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Menge des täglichen Alkoholkonsums und Angabe der Art der alkoholischen Getränke
	Nehmen Sie Suchtstoffe, bzw. haben Sie dies in der Vergangenheit getan?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Angabe der Art der Suchtstoffe

Der Unterzeichnende erklärt und haftet dafür, dass er richtig und vollständig auf die gestellten Fragen geantwortet hat. Gleichzeitig ermächtigt er SegurCaixa Adeslas, die dem Versicherungsunternehmen notwendig erscheinenden Nachprüfungen zur Ursache und zum Verlauf von Krankheiten und Leiden anzustellen, zu deren Behandlung der Versicherte ggf. Leistungen im Rahmen der Police in Anspruch nehmen wird. Er bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen im Zusammenhang mit in der Vergangenheit aufgetretenen Krankheiten, Kontakt mit den behandelnden Ärzten aufzunehmen.

SegurCaixa Adeslas ist berechtigt, die Versicherungspolice innerhalb eines Monats ab dem Bekanntwerden von Verschweigen oder Ungenauigkeit seitens des Erklärenden beim Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens aufzulösen. Dieses Recht kann jedoch nicht auf der Unkenntnis seitens des Versicherungsunternehmens von Angaben zum Gesundheitszustand des Versicherten, die nicht in den oben aufgeführten Fragen enthalten sind, basieren.

Wurde beim Ausfüllen dieses Fragebogens arglistige Täuschung oder grobe Fahrlässigkeit begangen, ist SegurCaixa Adeslas in jedem Fall von diesem Moment an von den ihr aus der Versicherung erwachsenden Pflichten befreit.  
(Paragraph 10 des Versicherungsvertragsgesetzes)

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## ANMERKUNGEN

Date	Accepted	Rejected	Delegation	Application Number

Gemäß dem Gesetz 15/1999 von 13. Dezember über den Schutz von personenbezogenen Daten erklärt sich der Beteiligte ausdrücklich damit einverstanden, dass zum Zweck der Erbringung, Umsetzung, Kontrolle und Durchführung der im Versicherungsvertrag garantierten medizinischen Leistungen seine personenbezogenen Daten, einschließlich seiner Gesundheitsdaten von SegurCaixa Adeslas verarbeitet werden und dass diese Daten zwischen dieser Gesellschaft und medizinischem Personal, Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäusern sowie all jenen Gesellschaften, mit denen er Mitversicherungs-, Rückversicherungs- und Zusammenarbeitsvereinbarungen unterhält, übermittelt werden, um eine korrekte Ausführung und Erfüllung der ggf. abgeschlossenen Versicherung zu gewährleisten und um die während der Laufzeit der Police eintretenden Schadenfälle bearbeiten zu können; in diesem Zusammenhang wird die Ermächtigung erteilt, von den Erbringern medizinischer Leistungen Informationen bezüglich seiner Gesundheitsdaten und der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen einzuholen.

Zur Ausübung der Rechte auf Zugang zu den Daten, deren Berichtigung, Löschung oder Widerspruch gegen dieselben ist unter Nachweis der Identität ein schriftlicher und unterzeichneter Antrag an folgende Anschrift zu richten: Responsable de Tramitación de los Derechos ARCO de SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, Paseo de la Castellana, 259 C planta 6ª, 28046 Madrid. Erfolgt ein Widerspruch gegen die Verarbeitung und Weitergabe dieser Daten, so können während des Zeitraums, in dem der Widerspruch andauert, die Leistungen der Police nicht erbracht werden, da der Versicherer dann nicht über die Daten verfügt, die zur Kenntnis des Schadensereignisses und zu den sonstigen, im Versicherungsvertrag festgelegten Zwecken erforderlich sind.