

Name: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / /

SEHR WICHTIG

Der Gesundheitsfragebogen ist gültig:

- **3 Monate** für die folgenden Zielländer: Bahamas, Japan, Puerto Rico, Singapur, Vereinigten Staaten
- **6 Monate** für alle anderen möglichen Zielländer

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag mit den Vereinigten Staaten als Zielland am 01.04. beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01. bis 31.03. unterschreiben. Jeder Versicherte muss einen Gesundheitsfragebogen ausfüllen. Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitte den Fragebogen.

Die Fragen **6**) und **9**) sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten.

Die Fragen **3c**), **3d**), **4** und **7** sind nicht zu beantworten wenn Sie den Tarif Emergency abschließen möchten.

1 ART. L.112-8 [FRZ.] VERSICHERUNGSGESETZ: Unabhängig von den normalen Nichtigkeitsbedingungen und vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. L.132-26 ist der Versicherungsvertrag bei Verschweigen von Tatsachen oder bewusst falschen Angaben von Seiten des Versicherten nichtig, wenn sich aufgrund dieses Verschweigens oder dieser falschen Angabe der Gegenstand des Risikos oder dessen Beurteilung für den Versicherer ändert, auch wenn das vom Versicherten verschwiegene oder falsch dargestellte Risiko für den Schaden ohne Belang war.

2 LESEN SIE SICH DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN SEHR GENAU DURCH: Wir weisen Sie ausdrücklich auf die Bedeutung dieses Fragebogens hin, der unbedingt vollständig beantwortet, datiert und unterschrieben werden muss. Der Vertrauensarzt behält sich das Recht vor, Ihre behandelnden Ärzte jederzeit, vor allem vor Durchführung einer Erstattung oder Ausstellung einer Genehmigung für einen Krankenhausaufenthalt, aufzufordern, die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Gesundheitsfragebogen bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die bei Vertragsabschluss angegeben wurden.

3 VERTRAULICHKEIT: Unabhängig davon, welche Angaben Sie in dem Gesundheitsfragebogen machen, bitten wir Sie, uns diesen mit Ihrem Aufnahmeantrag **in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT“** an den Vertrauensarzt gemeinsam **mit allen medizinischen Unterlagen, welche die Prüfung Ihres Antrages unterstützen können**, an die folgende Adresse zu schicken:

APRIL International Care France

Service Courrier (Postabteilung) - À l'attention du Médecin Conseil - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

IHRE GRÖSSE: Zentimeter Kilogramm **ODER** Inches Pounds

NUR BEI POSITIVER ANTWORT AUSZUFÜLLEN

1	Werden derzeit oder wurden in den letzten 15 Jahren bei Ihnen die Behandlungskosten einer Langzeiterkrankung zu 100% durch eine Krankenversicherung übernommen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund: Datum: Dauer:
2	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer Klinik stationär behandelt oder operiert, inkl. durch Endoskopie (andere Eingriffe als Kaiserschnitt, benigne Appendektomie, Weisheitszähne, Entfernung der Mandeln oder von Wucherungen in der Kindheit oder andere)?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund des/der stationären Aufenthaltes/Aufenthalte: Datum: Art des/der chirurgischen Eingriffes/Eingriffe: Datum: Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA , welche?



Name: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / /

3	<p>a) Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert wegen einer Beeinträchtigung der Knochen, Sehnen, Bänder, Gelenke oder einer rheumatischen Beeinträchtigung, einschließlich der Beeinträchtigungen der Wirbelsäule (Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Zervikalgie, Ischialgie oder sonstige) oder sonstige Beeinträchtigungen des Typs Fibromyalgie?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung: Datum: Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA, welche?
	<p>b) Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert wegen psychischen Störungen (Beispiele: Angst, Depression, Überlastung, Burnout, Psychose oder sonstige psychische und/oder psychiatrische Störungen)?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung: Datum: Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA, welche?
	<p>c) Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert wegen einer Herz-Kreislauf-Störung (Beispiele: Bluthochdruck, Lungenembolie, Herzrhythmusstörung, Venenentzündung, Infarkt, Schlaganfall) oder wegen einer anderen Beeinträchtigung des Herzens und/oder des Kreislaufes?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung: Datum: Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA, welche?
	<p>d) Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert wegen Atembeschwerden (Beispiele: Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis oder sonstige Erkrankungen der Atemwege), die nicht zu den jahreszeitlich bedingten akuten Erkrankungen gehören?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung: Datum: Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA, welche?
4	<p>Haben Sie einen Test für HIV-Seropositivität (AIDS), Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) durchführen lassen, dessen Ergebnis „POSITIV“ war?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Welchen oder welche? Datum:



Name: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / /

5	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren länger als 30 Tage auf ärztliche Verordnung medizinisch behandelt?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund/Gründe: Art der Behandlung: Datum: Dauer:
6	Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 30 Tage (ganz oder teilweise) aus gesundheitlichen Gründen auf ärztliche Verordnung der Arbeit freigestellt (gesetzlicher Urlaub und Mutterschaft ausgenommen)?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Wenn JA : Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Art: Datum: Dauer: Folgeschäden:
7	Sind Sie derzeit krank und/oder haben Beschwerden bzw. werden Sie medizinisch behandelt?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Art der Krankheit oder der Beschwerden: Datum/Jahr des Auftretens: Art der medizinischen Behandlung: Seit wann (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
8	Erhalten Sie derzeit eine regelmäßige oder 30 Tage andauernde und ärztlich verordnete medizinische Behandlung?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund/Gründe: Art der medizinischen Behandlung: Seit wann (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
9	Haben Sie eine Pension, Rente oder Zuwendung aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund: Seit wann (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
10	Haben Sie eine Missbildung oder eine Behinderung?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund: Seit wann (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>



Name: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / /

SIND IN DEN NÄCHSTEN 12 MONATEN GEPLANT:		
11	a) medizinische Untersuchungen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie oder sonstige medizinische Untersuchungen)?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Grund:
		Art der Untersuchungen:
		Datum:
11	b) Facharztkonsultationen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Grund:
		Datum:
11	c) Operationen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Grund:
		Art der Operation:
		Datum:

Hinweise bei positiver Antwort (JA) auf eine der Fragen:

Um die Bearbeitung Ihres Antrages zu erleichtern, geben Sie uns bitte hier so viele Details wie möglich über die in dem Gesundheitsfragebogen genannten Krankheiten und Beschwerden. Fügen Sie ebenfalls die Kopien von **allen ARZTBERICHTEN bzw. ERGÄNZENDEN UNTERLAGEN** bei, die unseren Ärzten helfen könnten, Ihren Antrag schnellstmöglich zu bearbeiten: **Krankenhausberichte, Operationsberichte, Ergebnisse und Berichte der durchgeführten Zusatzuntersuchungen und -analysen (Biologie, Radiologie, Fachuntersuchungen, etc.), die Berichte der letzten Arztbesuche, die letzten medizinischen Verschreibungen, ärztliche Atteste, etc..**

ERGÄNZENDE ERLÄUTERUNGEN

Ich bestätige die Richtigkeit und Genauigkeit dieser Erklärungen. Ich genehmige ausdrücklich das Sammeln und Auswerten der Daten über meine Gesundheit, die für die Verwaltung meines Vertrages und meiner Versicherungen notwendig sind, wobei diese Daten unter Einhaltung der Regeln durchgeführt werden, die für die ärztliche Schweigepflicht gelten. Sie sind ausschließlich für den Vertrauensarzt bestimmt, den Medizinischen Dienst bzw. die internen oder externen Personen mit spezieller Berechtigung. Diese Daten können auch von berechtigten Personen im Rahmen der Betrugsbekämpfung verwendet werden. Ich verfüge über ein Recht auf Zugriff, Berichtigung und Löschung, welches ich mit Postbrief, der Fotokopie eines Identitätsausweises beiliegend, beim Vertrauensarzt an der oben genannten Adresse ausüben kann.

Ausgefertigt in am (TTMMJJJJ): / /

Unterschrift des Hauptversicherten:

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für minderjährige Versicherte:

Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt“ voran

