

# Gesundheits-Deklaration für neue Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen



Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer neue Arbeitsstelle bei der Firma \_\_\_\_\_

Ihr neuer Arbeitgeber hat bezüglich gesetzlicher Versicherungen gegenüber den dort vorgesehenen Minimalleistungen einige Verbesserungen für das Personal vorgesehen. Um in den Genuss dieser Leistungen zu kommen, wird eine einfache Gesundheits-Deklaration benötigt. Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie nachfolgende Fragen zu beantworten und diesen Deklarationsbogen unterschrieben mit beiliegendem Retour- Couvert an uns zurück zu senden. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung, danken Ihnen für Ihre Bemühungen und wünschen einen guten Start an Ihrer neuen Arbeitsstelle. QualiRisk AG, Versicherungs-Treuhand, 4410 Liestal. Tel. 061-927 97 97

## Fragen

a) Körpergrösse (cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

b) Fühlen Sie sich gegenwärtig vollständig gesund ja nein  Ja  Nein  
Wenn nein: warum nicht? \_\_\_\_\_

c) Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher, zahnärztlicher oder sonstiger therapeutischer Behandlung oder Kontrolle, bzw. beabsichtigen Sie eine solche?  Ja  Nein  
Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

d) Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechen?  Ja  Nein  
Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

e) Waren Sie in den letzten fünf Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als 14 Tage (dauernd oder unterbrochen aus gleichem Grund) an der Arbeit verhindert?  Ja  Nein  
Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

f) Sind Sie zur Zeit uneingeschränkt voll Arbeitsfähig?  Ja  Nein  
Wenn nein: wieso nicht? \_\_\_\_\_

Erklärung: Ich erkläre, alle Fragen verstanden und diese vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich nehme davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben bei überobligatorischen Versicherungsleistungen eine Leistungsverweigerung oder –kürzung, einen nachträglichen Vorbehalt und/oder eine Rückforderung erbrachter Leistungen im überobligatorischen Bereich oder bezüglich freiwilliger Arbeitgeberleistungen zur Folge haben kann.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_