

# My TEMPO COVER

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (1/3)



Name:  Vorname:

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):  /  /

**MySTUDIES COVER**  **MyTRAVEL COVER**

### SEHR WICHTIG

#### Der Gesundheitsfragebogen ist 3 Monate lang gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag zum 01.04. in Kraft tritt, können Sie diesen Fragebogen zwischen den 01.01. und dem 31.03. unterschreiben.

**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 - À l'attention du Médecin Conseil - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKREICH

IHRE GRÖSSE/GEWICHT: Zentimeter    Kilogramm    ODER: Inches    Pounds

#### WÄHREND DER LETZTEN 15 JAHRE

1	<b>NUR FÜR MITGLIEDER DER FRANZÖSISCHEN SOZIALVERSICHERUNG ODER CFE</b> Werden oder wurden die Krankheitskosten für eine Langzeiterkrankung zu 100% durch eine Krankenkasse übernommen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund:
			Datum:
			Dauer:

#### WÄHREND DER LETZTEN 10 JAHRE

2	Wurden Sie in einer Klinik/ in einem Krankenhaus stationär behandelt und/oder operiert, inkl. durch Endoskopie (ausgenommen Kaiserschnitt, benigne Appendektomie, Weisheitszähne, Entfernung der Mandeln oder von Wucherungen in der Kindheit) oder anderes?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund der stationären Heilbehandlung:
			Datum:
			Art des chirurgischen Eingriffes:
			Dauer:
			Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA welche?



# My TEMPO COVER

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (2/3)

Name:  Vorname:

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):  /  /

### WÄHREND DER LETZTEN 5 JAHRE

3	<p><b>Haben Sie einen Facharzt</b> für kardiale und/oder vaskuläre, neurologische, respiratorische, onkologische, psychologische, psychiatrische, osteoartikuläre, chronische Leber- oder Verdauungs- und/oder Stoffwechselstörungen aufgesucht?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Diagnose:
			Datum und Dauer:
			Datum der Genesung (TT/MM/JJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			<b>Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant?</b> <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA welche?
4	<p>Haben Sie eine <b>mehr als 30 aufeinanderfolgende Tage andauernde medizinische Behandlung</b> auf Rezept erhalten?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund:
			Art der Behandlung:
			Datum:
			Dauer:

### AM HEUTIGEN TAGE

5	<p><b>Leiden Sie gegenwärtig an einer Krankheit</b>, stehen Sie unter <b>ärztlicher Aufsicht</b> oder befinden Sie sich in <b>ärztlich verordneter Behandlung</b>?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Art der Krankheit(en) oder der Beeinträchtigung(en):
			Datum des Auftretens:
			Art der medizinischen Nachsorge:
			Art der durchgeführten Behandlung(en):
6	<p><b>Wurden Sie auf eines der folgenden Viren getestet:</b> Humanes Immundefizienz-Virus (HIV), Hepatitis-B-Virus (HBV), Hepatitis-C-Virus (HCV), <b>und ist einer der Tests „POSITIV“ ausgefallen?</b></p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Wenn JA welche(r)?
			Datum:
7	<p><b>Haben Sie</b> eine Fehlbildung, ein Handicap oder <b>leiden</b> Sie an den Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Seit welchem Datum:
			Grund:



# My TEMPO COVER

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (3/3)

Name:  Vorname:

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):  /  /

### WÄHREND DER NÄCHSTEN 12 MONATE

#### SIND BEI IHNEN FOLGENDE MEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN GEPLANT?

8	<b>a) Medizinisch notwendige Untersuchungen</b> (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie oder andere medizinische Untersuchungen), außer Routine-Screenings bzw. Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Art der Untersuchungen:
			Grund:
			Datum:
	<b>b) Ein Arztbesuch bei einem Facharzt?</b>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Art:
			Grund:
			Datum:
	<b>c) Ein Chirurgischer Eingriff oder ein Krankenhausaufenthalt, einschließlich ambulanter Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Art:
			Grund:
			Datum:

**Hinweise bei positiver Antwort (JA) auf eine der Fragen:** Um die Bearbeitung Ihres Antrages zu erleichtern, bitten wir Sie, uns so viele Details wie möglich zu den in diesem Gesundheitsfragebogen angegebenen Krankheiten oder Beschwerden mitzuteilen. Wir bitten Sie, alle in Ihrem Besitz befindlichen **MEDIZINISCHEN DOKUMENTE** beizufügen, die es unserer medizinischen Abteilung ermöglichen, Ihren Antrag schneller zu bearbeiten: Krankenhausberichte, Operationsberichte, Ergebnisse und Berichte über durchgeführte Zusatzuntersuchungen (Biologie, Bildgebung, Spezialuntersuchungen usw.), letzte Konsultationsberichte, letzte Rezepte, aktuelles ärztliches Attest usw.

#### ERGÄNZENDE ERLÄUTERUNGEN

Ich bestätige die Richtigkeit und Aufrichtigkeit dieser Angaben. Die vom Versicherer erhobenen Daten sind für den Abschluss, die Verwaltung und die Durchführung der Versicherungsaufnahme erforderlich und haben als Rechtsgrundlage die Durchführung von vertraglichen Maßnahmen. Diese Daten können auch zur Betrugsbekämpfung verwendet werden und können in bestimmten Fällen zur Eintragung in eine Liste von Personen führen, die ein Betrugsrisiko darstellen. Die Rechtsgrundlage ist in diesem Fall das berechnete Interesse des Versicherers. Diese Informationen werden unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verarbeitet. Sie ist für die medizinischen Berater des Versicherers und dessen medizinische Abteilung oder für speziell autorisierte interne oder externe Personen bestimmt. Ich bin damit einverstanden, dass APRIL International Care France meine persönlichen Daten erfasst. Informationen zur Datenverarbeitung und zur Ausübung meiner Rechte in Bezug auf diese Daten sind im „Informationsblatt - Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten“ enthalten, das mir ausgehändigt wurde.

Ausgefertigt in: ..... am (heutiges Datum):  /  /

Unterschrift der zu versichernden Person: Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt“ voran:  
 Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für zu versichernde Minderjährige:

