An den  
Wechselseitigen Krankenbeistand   
Raiffeisen KdS  
Raiffeisenstraße 2   
  
39100 Bozen

**GESUNDHEITSFRAGEBOGEN**

Der vorliegende Gesundheitsfragebogen bildet bei Annahme des Versicherungsantrages Bestandteil des Vertrages und ist folglich für die Übernahme des Risikos durch den WKR und für die Wirksamkeit des Versicherungsschutzes maßgeblich.

Zu versichernde Person:

geboren am:

wohnhaft in (Ort und Straße):

Steuernummer:

Geschlecht:

| **Fragen des Versicherers (WKR)** | **Antworten – Erklärungen der zu versichernden Person** |
| --- | --- |
| Besteht bereits eine Krankenversicherung zu Ihrem Vorteil? |  |
| Sind Sie bereits in einer Heilanstalt stationär behandelt worden? Wenn Ja sind anzugeben: der Zeitraum, die gestellte Diagnose und die etwaigen chirurgischen Eingriffe. |  |
| Leiden Sie derzeit bzw. litten Sie an Erkrankungen oder an den Folgen eines Unfalls? |  |
| Leiden Sie an orthopädischen Problemen wie z.B. Arthrose, Bandscheiben, Rheuma, usw.? |  |
| Leiden Sie an Durchblutungsstörungen wie z.B. Krampfadern, usw.? |  |
| Leiden Sie an Erkrankungen an den Augen, wie z.B. grauem Star, usw.? |  |
| Leiden Sie an einer Abweichung des Blutdruckes oder an erhöhten Laborwerten wie z.B. Cholesterinspiegel, Zuckerwerte, usw.? |  |
| Leiden Sie an Verletzungen, die eine medizinische Behandlung notwendig machen? |  |
| Sind ärztliche Behandlungen oder diagnostische Untersuchungen – mit oder ohne Krankenhauseinweisung – geplant oder empfohlen worden? Nehmen Sie gewohnheitsmäßig Medikamente? |  |
| Sind Sie mit körperlichen Mängeln oder Behinderungen behaftet? Leiden Sie an chronischen Krankheiten oder sind Sie invalid? |  |
| Leiden Sie an Alkoholismus, Drogensucht, serologisch nachgewiesener Infektion mit dem HIV-Virus, A.I.D.S. (Acquired Immune Deficiency Syndrome) oder an: organischem Zerebralsyndrom, Schizophrenie, manisch-depressiven oder paranoiden Krankheitsformen? |  |

Darüber belehrt, dass seine Angaben vom WKR der Bewertung des Risikos zugrunde gelegt werden, bestätigt der Unterfertigte, dass er die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet hat. Er nimmt zur Kenntnis, dass unwahre und unvollständige Angaben die Rechtsfolgen in Artikel 1892 und 1893 des ZGB nach sich ziehen. Der Unterfertigte entbindet hiermit die Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, die ihn untersucht und/oder behandelt haben, von der Schweigepflicht.

…………………………… ………………………………..

Datum Unterschrift der zu versichernden Person

**Einwilligung zur Verarbeitung und Weitergabe der personenbezogenen Daten im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016**

Bezugnehmend auf die Informationsmitteilung im Sinne der Artt. 13 und 14 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016, bestätige ich mit meiner Unterschrift in diese Einsicht genommen (siehe [Datenschutzinformationsmitteilung](https://www.wk-raiffeisen.it/footermenu/datenschutz.html) auf [www.wk-raiffeisen.it](file:///C:\Users\ugasd.RVS\AppData\Local\Temp\notesFFF692\www.wk-raiffeisen.it)) und diese verstanden zu haben und erteile durch das Ankreuzen der entsprechenden Kästchen die Einwilligung;

**zur Verarbeitung der mich betreffenden personenbezogenen Daten** sowie jener meiner Familienangehörigen und stimme einer Weitergabe dieser Daten an die in der Mitteilung angeführten Gesellschaften, Behörden und Körperschaften zu, wobei gilt, dass die Daten nur für Zwecke verarbeitet werden dürfen, die eng mit meinem Mitgliedsverhältnis und mit jenen Verpflichtungen verbunden sind, die Gesetze, Verordnungen, EU- Bestimmungen und Verträge vorsehen;

**zur Verarbeitung der mich oder meine Angehörigen betreffenden „besonderen Kategorien von personenbezogenen Daten“ (ehemals „sensible Daten“),** die Sie bereits erhoben haben oder in Erfüllung der in der Mitteilung angeführten Verpflichtungen noch erheben werden. Die Verarbeitung und Weitergabe dieser Daten ist nur dann gestattet, wenn sie für die Verwaltung meines Mitgliedsverhältnisses unerlässlich ist;

Als Zeichen der ausdrücklichen Zustimmung und Einwilligung.

…………………………… ………………………………..

Datum Unterschrift

