

Gesundheitserklärung

Von der versicherten Person auszufüllen

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Soz.Vers.Nr.	<input type="text"/>
Arbeitgeber	<input type="text"/>	Berufliche Tätigkeit	<input type="text"/>
Vorsorgeeinrichtung	<input type="text"/>		

Grund der Anfrage

- Neueintritt
 Lohnanpassung
 Neuzugang Vorsorgewerk

Angaben zur Gesundheit

1. Sind Sie voll arbeitsfähig? Ja Nein

Falls Nein, in welchem Masse sind Sie arbeitsunfähig? %

Was ist der Grund der Arbeitsunfähigkeit?

2. Falls Sie eine der folgenden Fragen mit **JA** beantworten, füllen Sie bitte die Seite 2 aus.

- 2.1. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ununterbrochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig? Ja Nein

- 2.2. Hatten Sie in den letzten 24 Monaten mehr als vier Konsultationen oder Behandlungen (Impfungen, Grippe, Zahnarzt und gynäkologische Routineuntersuchungen **nicht** mitgezählt) bei einem Arzt oder Psychologen / Psychiater? Ja Nein

- 2.3. Sind Sie in Behandlung bei einem Arzt oder Psychologen / Psychiater, bei welchem die Behandlung noch nicht definitiv abgeschlossen ist? Ja Nein

- 2.4. Haben Sie in den letzten 24 Monaten rezeptpflichtige Medikamente (ausser Empfängnisverhütung) länger als 4 Wochen eingenommen oder verschrieben bekommen? Ja Nein

- 2.5. Haben Sie in den letzten 24 Monaten illegale Drogen konsumiert? Ja Nein

- 2.6. Haben Sie jemals infolge Krankheit oder Unfall Renten und / oder Taggelder länger als 6 Wochen bezogen? Ja Nein

3. Hat bei Ihnen jemals ein HIV-Test das Resultat HIV-positiv ergeben? Ja Nein

4. Geben Sie Ihre Körpergrösse (cm) und Ihr Gewicht (kg) an.

5. Besteht / bestand bei Ihrer Pensionskasse jemals ein Gesundheitsvorbehalt oder wurden Mehrprämien erhoben? Ja Nein

Falls Ja, aus welchem Grund?

Falls Ja, bitte Kopie des Vorbehaltes / Mehrprämien beilegen.

Erklärung der zu versichernden Person

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalls) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidg. Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber der Stiftung und des Rückversicherungs-Pools, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule sowie der PKRück und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechend Akteneinsicht zu gewähren.

Ort, Datum Unterschrift

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die Stiftung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen. **Dieses Formular können Sie uns direkt (nicht via Ihren Arbeitgeber) zurücksenden.**

Zu Fragen 2.1.1. bis 2.3.

	Wie lautet(e) die Diagnose bzw. welche Beschwerden haben oder hatten Sie?	Seit wann?	Ist die Behandlung abgeschlossen?	Bestehen Folgen oder sind Rückfälle / Komplikationen zu erwarten?	Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:
1			<input type="radio"/> Ja, seit _____ <input type="radio"/> Nein		
2			<input type="radio"/> Ja, seit _____ <input type="radio"/> Nein		
3			<input type="radio"/> Ja, seit _____ <input type="radio"/> Nein		

Zu Frage 2.4.

	Name des rezeptpflichtigen Medikamentes?	Dosierung:	Seit wann?	Ist die Behandlung abgeschlossen?	Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:
1				<input type="radio"/> Ja, seit _____ <input type="radio"/> Nein	
2				<input type="radio"/> Ja, seit _____ <input type="radio"/> Nein	
3				<input type="radio"/> Ja, seit _____ <input type="radio"/> Nein	

Zu Frage 2.5.

	Welche illegalen Drogen haben Sie konsumiert / konsumieren Sie? Wie viel und wie häufig?	Geben Sie bitte die Dauer an.
1		
2		
3		

Zu Frage 2.6.

	Aus welchem Grund haben Sie Renten und / oder Taggelder bezogen?	Bezug von:	Bezug bis:

Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert ist:

Ort: _____ Unterschrift: _____