

## Gesundheitserklärung

Vom Mitarbeiter persönlich auszufüllen und zu unterzeichnen

Arbeitgeber	Firma	Vertrags-Nr
Personalien	Name	Vorname
	Geburtsdatum	Geschlecht
	Berufliche Tätigkeit am (neuen) Arbeitsplatz	
Vorversicherung	Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, seit wann?	
	Grund	
	Bisherige Firma oder Vorsorgeeinrichtung	
	Adresse	

### Allgemeine Gesundheitsfragen (in jedem Fall auszufüllen)

- |   |   |
|---|---|
| 1. Beziehen Sie IV-Leistungen, oder haben Sie sich je für solche angemeldet?<br>Falls ja, bitte Entscheid beilegen.   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Sind Sie bei Versicherungsbeginn (bei Leistungserhöhungen im Zeitpunkt der Änderung) ganz oder teilweise arbeitsunfähig?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Bestehen bei Ihnen zurzeit irgendwelche gesundheitlichen Störungen oder Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Benötigen Sie regelmässig Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher oder anderer (Spital, Rehabilitation, Physiotherapie usw.) medizinischer Behandlung oder Beobachtung?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit, oder sonstige Tätigkeiten wie Haushalt-/Kinderbetreuung, ehrenamtliche Tätigkeit, Nebentätigkeiten wegen einer Krankheit oder eines Unfalls mehr als 4 Wochen ganz oder teilweise aussetzen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
- Falls Sie eine der Gesundheitsfragen mit Ja beantworten, bitte auf der Rückseite die Zusatzangaben dazu ausfüllen

### Zusätzliche Gesundheitsfragen ( nur bei überobligatorischen Versicherungen auszufüllen)

- |  |                |
|--|----------------|
| 6. Körpergrösse:   | Körpergewicht: |
| Rauchen Sie? Wenn ja wie viel pro Tag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |                |
| 7. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren:   |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck,</li> <li>- Krankheiten der Atmungsorgane,</li> <li>- Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen ( Magen-Zwölffingerdarmgeschwür, chron. entzündliche Darmerkrankungen wie M. Crohn, Colitis ulzerosa u.a.)</li> <li>- Nierenerkrankungen ( z.B. mit Eiweiss und / oder Blut im Urin)</li> <li>- spez. Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Gelbsucht (Hepatitis), Hirnhautentzündung, HIV u.a.</li> <li>- Diabetes,</li> <li>- Gelenk- oder Rückenleiden,</li> <li>- Epilepsie, andere neurologische Leiden</li> <li>- psychiatrische Erkrankungen (Depression od. andere psychische Störungen, Sucht)</li> <li>- Augen- oder Gehörleiden</li> <li>- Krebs oder andere Geschwulste</li> <li>- Unfälle oder andere hier nicht aufgeführte Krankheiten oder Störungen?</li> </ul> |                |
| 8. Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinem normalen Ergebnis führten (Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Blutuntersuchung oder andere besondere Untersuchungen)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |                |
- Falls Sie eine der Gesundheitsfragen mit Ja beantworten, bitte auf der Rückseite die Zusatzangaben dazu ausfüllen

- bitte wenden -

Zusatzangaben zu den Fragen

Falls Sie eine der vorigen Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage Nr.	Von wann Bis wann?	Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis*		Behandelnde Ärzte, Spitäler usw. (Bitte Adresse und bei Spitälern Arzt oder Abteilung angeben)
			1	2	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* 1 = geheilt/alles in Ordnung/Behandlung abgeschlossen 2 = nicht geheilt/nicht in Ordnung/in Behandlung oder Kontrolle

Bemerkungen (z.B. Art der Behandlung)

---



---



---



---

Erklärung

Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht dazu führen kann, dass Leistungen reduziert oder verweigert sowie dass Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können.

Ich ermächtige den Sozialfonds, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten an die Vertrauensärzte des Sozialfonds, an Rückversicherer sowie an Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört hat oder angehört, weitergegeben werden.

Ich ermächtige den Sozialfonds, bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden, Sozialversicherungen und Dritten tatsächlich erforderliche und für den vorgesehenen Zweck geeignete Daten zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs einzuholen, insbesondere bei der vorherigen Vorsorgeeinrichtung über eventuell erbrachte Leistungen.

Wichtig: Falls Ihnen für die vollständige Beantwortung der Fragen zum Gesundheitszustand auf diesem Formular zu wenig Platz zur Verfügung steht, bitten wir Sie, weitere Angaben auf einem separaten, mit Datum und Ihrer Unterschrift versehenem Zusatzblatt unter Angabe der jeweiligen Fragennummer zu notieren.

Unterschrift

Ort / Datum

Unterschrift zu versichernde Person