

Gesundheitserklärung

Vom Mitarbeiter persönlich auszufüllen und zu unterzeichnen

Personalien

Firma	Vertrags-Nr.
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Zivilstand	seit (TT/MM/JJ)
Berufliche Tätigkeit am (neuen) Arbeitsplatz	

Vorversicherung

Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? Ja Nein

Wenn ja, seit wann?	Grund?	Bisherige Firma oder Vorsorgeeinrichtung?

Allgemeine Gesundheitsfragen (in jedem Fall auszufüllen)

1. Beziehen Sie IV-Leistungen, oder haben Sie sich je für solche angemeldet? 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 nachstehende Zusatzangaben ausfüllen

Ziffer	Wann?	Grund?	Folgenlos geheilt?	Arzt, Spital, Adresse?

Erklärung und Unterschrift

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 die Stiftung 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.

Ort / Datum

Unterschrift zu versichernde Person

Ergänzende Fragen zur Gesundheitserklärung

Nur auszufüllen bei überobligatorischen Vorsorgeplänen (Obli-Plus, Plan1, Plan2, Plan3, Plan4)

Firma	Vertrags-Nr.
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht

6. Wurde jemals ein von Ihnen eingereichter Antrag für eine Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Ja Nein

Wenn ja: Wann?	Grund?	Gesellschaft? Krankenkasse?

7. Körpermasse Grösse in cm: Gewicht in kg:

8. Bestehen bei Ihnen irgendwelche Gesundheitsstörungen, Anomalien, Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens? Ja Nein

9. Ist Ihre Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit eingeschränkt? Ja Nein

- 10.a) Konsultierten Sie in den letzten 12 Monaten Ärzte oder medizinische Fachpersonen? Wenn ja, bitte alle Konsultationen aufführen! (ausgenommen Impfungen, Grippe, Zahnarzt und gynäkologische Routineuntersuchungen) Ja Nein

- b) Waren Sie in den letzten 5 Jahren in medizinischer Behandlung oder Betreuung, die mehr als 4 Wochen dauerte oder mussten Sie sich in dieser Zeit wiederholten Kontrollen unterziehen? Ja Nein

Einzelheiten zu den Fragen 8 – 10, falls mit Ja beantwortet wurde (bitte zutreffende Ziffern aufführen!)

Ziffer	Welche Gesundheitsstörung, Operation, Unfallverletzung? Bitte detailliert angeben!	Wann?	Dauer?	Folgenlos geheilt?	Arzt, Spital, Adresse?

11. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein? (ausgenommen Empfängnisverhütung) Ja Nein

Wenn ja: Welche?	Grund?	Wann?	Dauer?	Folgenlos geheilt?	Arzt, Spital, Adresse?

12. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Untersuchung durchgeführt, die ein **NICHT NORMALES** Resultat ergab? Beispiele: Röntgen, Tomographie, EKG, Aids-Test, Blutanalyse, Urinuntersuchung, andere Spezialuntersuchungen. Ja Nein

Wenn ja: Welche?	Grund?	Wann?	Resultat?	Arzt, Spital, Adresse?

13. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in Behandlung oder Beratung bei Psychotherapeuten, Psychologen oder Psychiatern, haben Sie wegen Rücken- oder Gelenksproblemen einen Arzt konsultiert oder waren Sie in Behandlung bei Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Osteopathen? Ja Nein

Wenn ja: Grund, Diagnose?	Wann?	Dauer?	Folgenlos geheilt?	Arzt, Spital, Adresse?

14. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht oder sonstige Raucherwaren konsumiert? Ja Nein
 Wenn ja: Was? Tägliche Menge?

15. Sind bei Ihren Eltern, Geschwistern, Grosseltern vor Alter 55 Herzkrankheiten, Schlaganfall, Diabetes (Zucker), Krebs oder Erbkrankheiten vorgekommen? Ja Nein
 Wenn ja: Welche? In wie vielen Fällen?

16. Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse Auskunft geben kann

17. Erlitten Sie in den letzten 5 Jahren einen Unfall? Ja Nein

18. Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 4 Wochen ohne Unterbruch ganz oder teilweise arbeitsunfähig? Ja Nein

19. a) Weilten Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, Sanatorium oder Heilbad? Ja Nein

b) Ist ein Krankenhausaufenthalt geplant oder eine Kur vorgesehen? Ja Nein

c) Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert? Ja Nein

d) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen, aber noch nicht durchgeführt? Ja Nein

Einzelheiten zu den Fragen 17 – 19, falls mit Ja beantwortet wurde (bitte alle zutreffenden Ziffern aufführen!)

Ziffer	Welche Gesundheitsstörung, Operation, Unfallverletzung? Bitte detailliert angeben!	Wann?	Dauer?	Folgenlos geheilt?	Arzt, Spital, Adresse?

20. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? Ja Nein
 Wenn ja: Was? Wie viel täglich?

21. Konsumierten Sie in den letzten 10 Jahren Drogen? Ja Nein
 Wenn ja: Welche? Wie lange? Wann zuletzt?

22. Besteht eine Verminderung der Sehfähigkeit oder des Hörvermögens, die mit Hilfsmitteln (z.B. Brille, Hörgerät) **NICHT VOLLSTÄNDIG KORRIGIERT** werden kann? Ja Nein
 Wenn ja: Seh- oder Hörvermögen? Links/Rechts? Wie stark eingeschränkt? Korrektur?
 Name des Arztes? Wenn vorhanden, bitte Brillenrezept beilegen!

Ort / Datum

Unterschrift zu versichernde Person