

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 eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? Ja Nein

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

--	--	--

Aktuelle Arbeitsfähigkeit

Sind Sie zur Zeit voll arbeitsfähig? Ja Nein

Wenn nein, Grad in Prozent der Arbeitsunfähigkeit angeben %

Grund und Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Gesundheitsfragen

Körpermasse	Grösse in cm:	Gewicht in kg:
1. 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 ununterbrochen ganz oder teilweise aussetzen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
2. a) Weilten Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, Klinik oder Heilbad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
b) Ist ein Krankenhausaufenthalt geplant oder eine Kur vorgesehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
c) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen, aber noch nicht durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
3. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, geistige oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Gebrechens? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Falls Sie eine Frage mit Ja beantwortet haben, bitte ergänzen

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

4. Beziehen Sie IV-Leistungen, oder haben Sie sich je für solche angemeldet? Falls ja, bitte Entscheid beilegen. Ja Nein
5. Haben Sie in der Vergangenheit jemals IV-Leistungen bezogen? Ja Nein

Wenn ja: Wann? Grund? Gesellschaft? Versicherung?

--	--	--

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? Versicherung?

7. 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?

8. 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?

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

10. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht oder andere tabak- / nikotinhaltige Produkte konsumiert? Ja Nein
Wenn ja: Art des Konsums? Tägliche Menge?

11. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? Ja Nein
Wenn ja: Wieviel Einheiten pro Woche? (1 Einheit = 1dl Wein, 3dl Bier, 4cl Spirituosen)

12. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen konsumiert? Ja Nein
Wenn ja: Art des Konsums? Wie lange? Wann zuletzt?

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