

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Bitte vollständig ausfüllen (in Blockschrift) und unterschreiben

Name: _____ Vorname: _____
Strasse. _____ PLZ, Ort: _____
AHV-Nr.: _____ Vertragsbeginn: _____
Geboren: _____ Anstellung als: _____
Arbeitgeber: _____

Sind Sie heute gesund und ohne Beschwerden voll arbeitsfähig, und waren Sie dies auch während der vergangenen 12 Monate?

Nein

Ja → Art der Beschwerden _____

Haben Sie eine chronische Krankheit (z.B. Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck) oder leiden Sie an den Folgen einer früheren Krankheit oder eines früheren Unfalls?

Nein

Ja → Art der Beschwerden _____

Haben Sie ein Geburtsgebrechen?

Nein

Ja → Art der Beeinträchtigung _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich?

Nein

Ja → Bezeichnung/Häufigkeit Einnahme _____

Beziehen Sie eine Rente der IV, einer Unfallversicherung oder Leistungen eines ausländischen Staates?

Ja → Seit wann? _____

Nein

Haben Sie bereits früher eine Rente der IV, einer Unfallversicherung oder Leistungen eines ausländischen Staates bezogen?

Nein

Ja → Von - bis? _____

Ist ein Rentenverfahren hängig bei der IV, bei einer Unfallversicherung oder für Leistungen eines ausländischen Staates?

Nein

Ja → Staat/Behörde? _____

Haben Sie in den letzten zehn Jahren eine schwere Krankheit (z.B. mit Spitalaufenthalt) durchgemacht, einen schweren Unfall erlitten oder sich einer Operation unterzogen?

Nein

Ja → Details (Art Krankheit, Unfall, Operation): _____

Name/Adresse Spital: _____

Name behandelnder Arzt _____

Dauer des Aufenthalts vom _____ bis _____

Name / Adresse _____

des Hausarztes: _____

In Behandlung seit: _____

Ich erkläre hiermit, in Kenntnis der Folgen durch vorenthaltene oder unrichtige Auskünfte die vorstehenden Fragen wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben. Die Folgen einer Falschdeklaration sind dem/der Unterzeichneten bekannt. Die Pensionskasse ermächtigt mich, über meine Gesundheitsverhältnisse an zuständiger Stelle ergänzende Auskünfte einzuholen. Die Befragten befreie ich der Pensionskasse gegenüber von ihrer Schweigepflicht, verlange aber, dass diese solche Auskünfte vertraulich behandelt.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Diese Erklärung ist vollständig ausgefüllt und unterzeichnet direkt der Geschäftsstelle der PKSÜ einzureichen!