

EINTRITT in die Pensionskasse

Fragebogen Gesundheitszustand



Pensionskasse
Blaues Kreuz Schweiz
Steinenbühl 63
4417 Ziefen

Die vollständige bzw. eingeschränkte Risikodeckung ist erst gewährleistet, wenn der Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt und unterzeichnet an die Pensionskasse retourniert wurde. Nach Einsendung des Fragebogens erhalten Sie von der Pensionskasse eine definitive Aufnahmebestätigung.

Personalien der versicherten Person:

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ männlich weiblich
Name: _____ Erreichbar unter Telefon-Nr.: _____
Strasse, Nr.: _____ Eintritt in die Pensionskasse: _____
PLZ, Wohnort: _____
E-Mail: _____

Fühlen Sie sich zurzeit vollständig gesund? Ja Nein

Falls nein, unter welchen Beschwerden leiden Sie? _____

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Falls ja, Grund? _____
Ist die Behandlung abgeschlossen? _____
Name, Adresse und Tel.-Nr. des Arztes? _____

Haben Sie in den letzten fünf Jahren eine schwere oder ansteckende Krankheit durchgemacht? Ja Nein

Falls ja, welche? _____
Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen? _____
Name, Adresse und Tel.-Nr. des Arztes? _____

Haben Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle gehabt? Ja Nein

Falls ja, welche? _____
Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen? _____
Resultieren allfällige Folgeschäden? _____
Name, Adresse und Tel.-Nr. des Arztes? _____

Waren Sie in den letzten fünf Jahren in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung?

Ja

Nein

Falls ja, weshalb und wann?

Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen?

Name, Adresse und Tel.-Nr. des Arztes?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Ja

Nein

Falls ja, seit wann und welche?

Hatten Sie schon einmal gesundheitliche Probleme infolge Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs?

Bitte mit **ja oder nein** beantworten!

Alkoholmissbrauch?

Drogenmissbrauch?

Medikamentenmissbrauch?

Bestand bei Ihrer vorherigen Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Kopie des Vorbehaltes beilegen!

Beziehen Sie eine Rente der Eidg. Invalidenversicherung?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Kopie des Bezuges und der Verfügung / Entscheidung beilegen!

Beziehen Sie Leistungen gemäss Eidg. IV, MVG, UVG oder einer anderen Sozialversicherung?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Kopie des Bezuges und der Verfügung / Entscheidung beilegen!

Ihre Bemerkungen:

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, die obenerwähnten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Mit ist bewusst, dass eine Falschangabe dazu führen kann, dass Leistungen gekürzt oder verweigert werden können.

Ich **ermächtige die Stiftung Pensionskasse Blaues Kreuz Schweiz, Zürich**, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten weitergegeben werden, insbesondere an Rückversicherer sowie an Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört oder angehört hat.

Ich ermächtige die Pensionskasse bei Medizinalpersonen, Behörden, Sozialversicherungen Auskünfte zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs einzuholen, insbesondere bei der vorherigen Vorsorgeeinrichtung über eventuell erbrachte Leistungen. Ferner ermächtige ich die angefragten Medizinalpersonen, Behörden, Sozialversicherungen zur Auskunftserteilung und zur Weitergabe der vorhandenen Akten und entbinde sie somit von der Wahrung des Berufs- und / oder Amtsgeheimnisses.

Ort, Datum:

Unterschrift: