

Gesundheitserklärung Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Personenkreis

Persönliche Angaben

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Zivilstand

ledig*

verheiratet

AHV-Nr.

in eingetragener Partnerschaft

Telefon
(werktags 8–17 Uhr)

geschieden*

verwitwet*

Aktuelle berufliche
Tätigkeit

*Bei Vorliegen einer Lebenspartnerschaft bitte
das Formular „Anmeldung einer Lebenspart-
nerschaft“ ausfüllen.

Ehegatte bzw. eingetragener Partner

Vorname

Name

Geburtsdatum

Heirats-/
Eintragungsdatum

Zusätzliche Angaben

Ergebnisse aus genetischen Untersuchungen, die vor der Geburt durchgeführt wurden (pränatale genetische Untersuchungen) oder die zur Feststellung einer Krankheitsveranlagung dienen, bevor Symptome aufgetreten sind (präsymptomatische genetische Untersuchungen), müssen **nicht** angegeben werden. Genetische Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken, d. h. zur Abklärung bereits feststellbarer Krankheitssymptome, sowie nichtgenetische Untersuchungen müssen hingegen deklariert werden.

Grösse cm

Gewicht kg

1 Bitte geben Sie Ihre Körpermasse an

2 Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, was

Wieviel täglich



3 Besteht eine Weiterversicherung nach Art. 26a BVG? Ja Nein
 Geben Sie „Ja“ an, wenn Sie eine Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung beziehen oder bezogen haben und die Rente herabgesetzt oder aufgehoben wurde und Sie vor der Herabsetzung oder Aufhebung der Rente an Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a IVG teilgenommen haben oder die Rente wegen der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit oder Erhöhung des Beschäftigungsgrades herabgesetzt oder aufgehoben wurde. In diesem Fall ist Ihre bisherige Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse) weiterhin für Sie zuständig.

4 Sind Sie ganz oder teilweise arbeits- oder erwerbsunfähig? Ja Nein
Wenn ja, seit wann **Grund**

5 Beziehen Sie Leistungen oder haben Sie solche beantragt bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV), der Unfallversicherung (UVG), der beruflichen Vorsorge (BVG), der Militärversicherung (MV) oder einer analogen Institution im Ausland oder bei einer privaten Versicherung? Ja Nein

6 Besteht ein Gesundheitsvorbehalt oder ein Risikozuschlag durch die bisherige Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse)? **Wenn ja, bitte Kopie des Schreibens beilegen.** Ja Nein

7 Stehen oder standen Sie **in den letzten 3 Jahren** in ärztlicher Behandlung, Beratung oder unter ärztlicher Kontrolle? Ja Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund, Art der Beschwerden, Diagnose	Behandlung abgeschlossen	
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein

8 Nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 3 Jahren** regelmässig Medikamente? Ja Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund, Name des Medikamentes, Dosis	Behandlung abgeschlossen	
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein

9 Sind Sie **in den letzten 3 Jahren** von einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten beraten oder behandelt worden? Ja Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund, Art der Beschwerden, Diagnose	Behandlung abgeschlossen	
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>	Ja	Nein



- 10 Wurden bei Ihnen **in den letzten 3 Jahren** Untersuchungen durchgeführt, **die zu keinem normalen Ergebnis** geführt haben (Röntgen, EKG, Computer- oder Magnetresonanztomographie, Arthroskopie, Gewebe-, Urin- oder Blutuntersuchungen, HIV-Test oder andere)? Ja Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund, Art der Beschwerden, Diagnose	Behandlung abgeschlossen	
			Ja	Nein
			Ja	Nein
			Ja	Nein

- 11 Waren Sie **in den letzten 3 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen **länger als 3 Wochen** ganz oder teilweise arbeitsunfähig? Ja Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund

- 12 Wurden Sie **in den letzten 3 Jahren** operiert oder ist eine **Operation vorgesehen?** Ja Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund	Behandlung abgeschlossen	
			Ja	Nein
			Ja	Nein
			Ja	Nein

- 13 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren irgendwelche Suchtmittel oder Drogen? Ja Nein

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Welche? Wie oft?

- 14 Bitte geben Sie Namen und Adressen der behandelnden Ärzte und Spitäler an:

zu Frage	Arzt: Name, Vorname/Spital: Name	Strasse, PLZ, Ort



Erklärung

Die/der Unterzeichnende erteilt Pax, Sammelstiftung BVG bzw. Pax, Stiftung zur Förderung der Personalvorsorge sowie Pax, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG als deren Geschäftsführerin (alle nachfolgend Pax) ausdrücklich folgende Ermächtigungen:

- Pax darf sämtliche Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – zum Zweck der Risikoprüfung sowie der Vertragsabwicklung bearbeiten.
- Soweit erforderlich oder soweit sie dazu gesetzlich verpflichtet ist, darf Pax zu denselben Zwecken sämtliche Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – bekannt geben an Behörden, Vorsorgeeinrichtungen, Mit-, Vor-, Rück- und Sozialversicherer (z. B. Ausgleichskassen, Sozialversicherungsanstalten, IV-Stellen, Unfall- und Krankenversicherer etc.) sowie an haftpflichtige Dritte bzw. deren Haftpflichtversicherer im In- und Ausland.
- Pax darf zu denselben Zwecken Personendaten – einschliesslich medizinischer Daten – bei oben genannten Personen, Versicherern und Stellen sowie bei involvierten Medizinal- und deren Hilfspersonen einholen und bearbeiten. Zu diesem Zweck entbindet die/der Unterzeichnende diese von ihrer Geheimhaltungs- und Schweigepflicht.
- Zur Durchführung dieser Aufgaben können Partner beigezogen werden. Dabei werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften beachtet und die Partner auf deren Einhaltung verpflichtet.

Hinweis

Im Falle unvollständiger oder unwahrer Angaben können die Leistungen gekürzt oder verweigert werden.

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

**Unterschrift
zu versichernde Person**

**Vorname/Name
in Blockschrift**

