

## GESUNDHEITSERKLÄRUNG

(VON DER ZU VERSICHERNDEN PERSON VOLLSTÄNDIG AUSZUFÜLLEN)

### KONTAKTANGABEN

VORNAME	NAME
STRASSE	PLZ, ORT
TEL.-NUMMER	E-MAIL
GEBURTSDATUM	AHV-NR.
ARBEITGEBER	BERUFLICHE TÄTIGKEIT
VORSORGEINRICHTUNG	

### ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

- |  |       |      |
|--|-------|------|
| 1. Sind Sie voll arbeitsfähig?   | Ja    | Nein |
| Falls nein, in welchem Masse sind Sie arbeitsunfähig?  |       | %    |
| Was ist der Grund der Arbeitsunfähigkeit?  | _____ |      |
| 2. Falls Sie eine der folgenden Fragen mit Ja beantworten, füllen Sie bitte die Seite 3 aus:   |       |      |
| 2.1 Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ununterbrochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig?   | Ja    | Nein |
| 2.2 Hatten Sie in den letzten 24 Monaten mehr als vier Konsultationen oder Behandlungen (Impfungen, Grippe, Zahnarzt und gynäkologische Routineuntersuchungen <b>nicht</b> mitgezählt) bei einem Arzt oder Psychologen/Psychiater? | Ja    | Nein |
| 2.3 Sind Sie in Behandlung bei einem Arzt oder Psychologen / Psychiater, bei welchem die Behandlung noch nicht definitiv abgeschlossen ist?  | Ja    | Nein |
| 2.4 Haben Sie in den letzten 24 Monaten rezeptpflichtige Medikamente (ausser Empfängnisverhütung) länger als 4 Wochen eingenommen oder verschrieben bekommen?  | Ja    | Nein |
| 2.5 Haben Sie in den letzten 24 Monaten illegale Drogen konsumiert?  | Ja    | Nein |
| 2.6 Haben Sie jemals infolge Krankheit oder Unfall Renten und/oder Taggelder länger als 6 Wochen bezogen?  | Ja    | Nein |
| 3. Hat bei Ihnen jemals ein HIV-Test das Resultat HIV-positiv ergeben?   | Ja    | Nein |
| 4. Geben Sie Ihre Körpergrösse (                      cm) und Ihr Gewicht (                      kg) an.   |       |      |
| 5. Besteht / bestand bei Ihrer Pensionskasse jemals ein Gesundheitsvorbehalt oder wurden Mehrprämien erhoben?  | Ja    | Nein |
| Falls ja, aus welchem Grund?   |       |      |
| <b>Falls ja, bitte Kopie des Vorbehaltes / Mehrprämien beilegen.</b>   |       |      |

### VOLLMACHT UND EINWILLIGUNG

#### Datenweitergabe zur Risikobeurteilung und Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten

Die Aufnahme in die planmässige Versicherungsdeckung kann von einer aktuellen Risikobeurteilung abhängig gemacht werden. Die Vorsorgeeinrichtung hat diese Risikobeurteilung der Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) respektive ihrer Rückdeckungsversicherung PKRück AG zur Bearbeitung übertragen. Die Vorsorgeeinrichtung, die Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) respektive PKRück benötigen dazu alle Rechte, um Ihre Angaben im Gesundheitsfragebogen zu prüfen und auch weitere gesundheitsbezogene Informationen von Dritten einzuholen. Die Vorsorgeeinrichtung, die Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) respektive PKRück bearbeiten Ihre gesundheitsbezogenen Angaben zur Risikobeurteilung sowie zur Begründung eines eventuellen Vorbehaltes.

## **GESUNDHEITSERKLÄRUNG**

(VON DER ZU VERSICHERNDEN PERSON VOLLSTÄNDIG  
AUSZUFÜLLEN)

### **Datenbearbeitung der Rückdeckungs- und Rückversicherer zur Risikobeurteilung**

Die Vorsorgeeinrichtung hat die Risiken Tod und Invalidität bei der PKRück rückgedeckt. Die PKRück ihrerseits bedient sich in einigen Fällen weiterer Rückversicherungen. Damit die Rückdeckungs- und Rückversicherer das Risiko beurteilen und kontrollieren können, wird die Vorsorgeeinrichtung respektive die PKRück diesen Ihre Gesundheitsdaten vorlegen. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückdeckungs- und Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

### **Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten und Einwilligung zur Weitergabe von Daten**

- Ich ermächtige die im Zusammenhang mit den von mir genannten Gesundheitsangaben behandelnden Ärzte, Psychologen, Physio- und Psychotherapeuten und weiteres medizinisch geschultes Personal, der Vorsorgeeinrichtung, der Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool), respektive der PKRück alle Auskünfte und Unterlagen über meinen Gesundheitszustand und allfällige Behandlungen zum Zwecke der Risikobeurteilung zu erteilen. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Vorsorgeeinrichtung, der Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool), respektive der PKRück. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Vorsorgeeinrichtung, die Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool), respektive die PKRück meine Gesundheitsdaten für die genannten Zwecke an diese Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeitenden dieser Institutionen von ihrer Schweigepflicht.
- Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an die Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool), respektive die PKRück und eventuell weitere Rückversicherungen übermittelt und dort zu den in diesem Dokument genannten Zwecken verwendet werden. Diese Einwilligung umfasst ausdrücklich auch das Recht der Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool), respektive der PKRück, meine Gesundheitsdaten für dieselben Zwecke wiederum an weitere Rückversicherer weiterzuleiten.

Diese Einwilligungen können jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Vorsorgeeinrichtung, die Beratungsgesellschaft für die 2. Säule (RV-Pool) und die PKRück widerrufen werden. Der unterzeichnenden Person ist bewusst, dass bei einer Verweigerung der erforderlichen Einwilligungen oder einem Widerruf einer erteilten Einwilligung eine Versicherung der planmässigen Leistungen möglicherweise nicht gewährleistet werden kann.

Ich bestätige, die in der Gesundheitserklärung gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### ZU FRAGEN 2.1 BIS 2.4

Wie lautet(e) die Diagnose bzw. welche Beschwerden haben oder hatten Sie?	Seit wann?	Ist die Behandlung abgeschlossen?	Bestehen Folgen oder sind Rückfälle / Komplikationen zu erwarten?	Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:
1		Ja, seit Nein		
2		Ja, seit Nein		
3		Ja, seit Nein		

### ZU FRAGE 2.4

Name des rezeptpflichtigen Medikamentes:	Dosierung:	Seit wann?	Ist die Behandlung abgeschlossen?	Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:
1			Ja, seit Nein	
2			Ja, seit Nein	
3			Ja, seit Nein	

### ZU FRAGE 2.5

Welche illegalen Drogen haben Sie konsumiert / konsumieren Sie?	Wie viel und wie häufig?	Geben Sie bitte die Dauer an:
1		
2		

### ZU FRAGE 2.6

Aus welchem Grund haben Sie Renten und / oder Taggelder bezogen?

von bis

Ort, Datum:

Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert ist:

Unterschrift: \_\_\_\_\_