

## Gesundheitserklärung – Von der zu versichernden Person vollständig auszufüllen.

### Kontaktangaben

Vorname:	Name:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefonnummer:	E-Mail:
Geburtsdatum:	AHV-Nr.:
Arbeitgeber:	Berufliche Tätigkeit:
Vorsorgeeinrichtung:	

### Angaben zur Gesundheit

1. Sind Sie voll arbeitsfähig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls nein, in welchem Masse sind Sie arbeitsunfähig? _____ %		
Was ist der Grund der Arbeitsunfähigkeit? _____		
2. Falls Sie eine der folgenden Fragen mit <b>JA</b> beantworten, füllen Sie bitte die Seite 2 aus:		
2.1. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ununterbrochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
2.3. Sind Sie in Behandlung bei einem Arzt oder Psychologen/Psychiater, bei welchem die Behandlung noch nicht definitiv abgeschlossen ist?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
2.4. Haben Sie in den letzten 24 Monaten rezeptpflichtige Medikamente (ausser Empfängnisverhütung) länger als 4 Wochen eingenommen oder verschrieben bekommen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
2.5. Haben Sie in den letzten 24 Monaten illegale Drogen konsumiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
2.6. Haben Sie jemals infolge Krankheit oder Unfall Renten und/oder Taggelder länger als 6 Wochen bezogen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
3. Hat bei Ihnen jemals ein HIV-Test das Resultat HIV-positiv ergeben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Falls ja, aus welchem Grund? _____		
Falls ja, bitte Kopie des Vorbehaltes / Mehrprämien beilegen.		

### Erklärung der zu versichernden Person

Ich bestätige, die in der Gesundheitserklärung gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich ermächtige die Ärzte, die mich behandelt und untersucht haben, dem Vertrauensarzt der PKRück alle nötigen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand vertraulich zu erteilen.

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, sind Rückfälle/ Komplikationen zu erwarten?	Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:
1			<input type="radio"/> ja, seit _____ <input type="radio"/> nein		
2			<input type="radio"/> ja, seit _____ <input type="radio"/> nein		
3			<input type="radio"/> ja, seit _____ <input type="radio"/> 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				<input type="radio"/> ja, seit _____ <input type="radio"/> nein	
2				<input type="radio"/> ja, seit _____ <input type="radio"/> nein	
3				<input type="radio"/> ja, seit _____ <input type="radio"/> 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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_