



Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

V

Gesundheitsfragebogen (von der zu versichernden Person auszufüllen)

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

Sozialversicherungsnummer

Name, Vorname

Strasse, Nr.

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

1. Waren Sie bei Versicherungsbeginn oder zum Zeitpunkt der Leistungserhöhung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?

JA NEIN

(Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen)

2. Bestehen bei Ihnen irgendwelche Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen bzw. Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls?

JA NEIN

Wenn JA, welche und seit wann?

Ärzte/ Spitäler (Name und Adresse)

3. **Stehen oder standen Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 4 Wochen in ärztlicher, chiropraktischer oder psychologischer Behandlung bzw. Kontrolle oder benötigen, nehmen oder nahmen Sie regelmässig Medikamente, Schmerz-, Schlaf-,Beruhigungsmittel oder Drogen?** JA NEIN

Wenn JA, weswegen?

Von wann bis wann?

Ärzte/ Spitäler (Name und Adresse)

4. **Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen Krankheit oder Unfall mehr als 2 Wochen (ununterbrochen) ganz oder teilweise aussetzen?** JA NEIN

Wenn JA, weswegen?

Von wann bis wann?

Ärzte/ Spitäler (Name und Adresse)

5. **Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Untersuchungen durchgeführt, z.B. Kontrollen, Röntgen, EKG, HIV-Test usw. die zu keinem normalen Ergebnis geführt haben (nicht anzugeben sind genetische Untersuchungen)** JA NEIN

Wenn JA, welche?

Wann?

Ärzte/ Spitäler (Name und Adresse)

6. **Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen oder -Schädigungen: Arthrose, Asthma, Augenerkrankungen, Bronchitis, erhöhter Blutdruck, erhöhtes Cholesterin, Herzkrankheiten, Krebs, Lähmungen, Multiple Sklerose, nicht korrigierte Hör- oder Sehverminderung, psychische Leiden oder Störungen, Rheuma, (Schild-) Drüsen- Störungen, Schlaganfall, Wirbelsäulenbeschwerden, Zuckerkrankheit oder andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten, Symptome oder Störungen?** JA NEIN

Wenn JA, welche?

Von wann bis wann?

Ärzte/ Spitäler (Name und Adresse)

7. Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren einer Operation unterzogen (ambulant oder stationär) oder ist eine solche vorgesehen/empfohlen? JA NEIN

Wenn JA, welche?

Wann?

Ärzte/ Spitäler (Name und Adresse)

8. Gesundheitsvorbehalt

Besteht aus Ihrer letzten Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt? JA NEIN
(Falls JA, bitte Kopie des Vorbehaltes beilegen)

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht

Die zu versichernde Person ermächtigt alle Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Chiropraktiker und Spitäler sowie ihre bisherige Vorsorgeeinrichtung, der paravis und der Durchführungsstelle der Pensionskasse im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskünfte über ihren Gesundheitszustand und/oder über ihren bisherigen Vorsorgeschutz zu erteilen und entbindet sie hierfür vom Berufsgeheimnis. Sie nimmt ferner zur Kenntnis, der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass die Pensionskasse resp. deren Durchführungsstelle bei unrichtigen Angaben oder verschweigen von Tatsachen vom Vorsorgevertrag zurücktreten kann.

Ort / Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Bitte einsenden an: