

Persönliche Gesundheitserklärung

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

Pensionskasse

Vorsorgestiftung

Dienstleistungen AG

1. Firma

Name

Mitglied-/Vertrags-Nr.

Versand am (Datum)

durch (Name/Vorname)

2. Versicherte Person

Name

Vorname

AHV-Nr.

alte AHV-Nr. (falls vorhanden)

Geburtsdatum

Geschlecht

m w

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

E-Mail

Zivilstand

ledig

eingetragene Partnerschaft

verheiratet

geschieden

verwitwet

Beruf

Tätigkeit

3. Grösse und Gewicht

Ihre Körpergrösse in cm

Ihr Gewicht in kg

4. Gegenwärtiger Gesundheitszustand	nein ja	Nähere Angaben
Betreiben Sie regelmässig Sport?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welchen _____ Wie oft _____
Haben Sie in den letzten 3 Jahren geraucht?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> E-Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeife <input type="checkbox"/> Andere (z.B. Wasserpfeife, Kautabak, Nikotinpflaster) Was _____ tägliche Menge _____ Wann zuletzt _____
Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welche _____ Menge _____ Häufigkeit _____
Werden oder wurden Sie im Zusammenhang mit Alkoholkonsum beraten oder behandelt (inkl. Spezielle Abklärungen/Untersuchungen/Beratungsstelle)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wann _____ Durch wen _____ Name/Adresse _____
Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Drogen? (z. B. Cannabis, Heroin, Ecstasy usw.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welche _____ Wie oft _____ Wie lange _____ Wann zuletzt _____
Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welche _____ Von wann bis wann _____
Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grund _____ Seit wann _____ Adresse des Arztes _____ _____ _____
Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Seit wann _____ Grund _____
Bestehen bei Ihnen gegenwärtig irgendwelche Krankheiten/gesundheitliche Störungen oder Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welche _____
Ist Ihre Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit in irgendeiner Weise eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weshalb _____ Seit wann _____ Grad/Ausmass _____
Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen ohne Unterbrechung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Weshalb _____ Von wann bis wann _____
Sind bei Ihren Eltern, Geschwistern, Grosseltern vor Alter 55 Erkrankungen des Nervensystems, Herzkrankheiten, ein Schlaganfall, die Zuckerkrankheit, Krebs (Darm, Brust, Eierstock, Prostata), eine polyzystische Nierenerkrankung oder Erbkrankheiten vorgekommen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welche Krankheiten _____ Bei wem _____ Bei wie _____ vielen Personen _____

5. Gesundheitsstörungen

nein ja

Nähere Angaben

nein ja

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren
Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

- a. der Atmungsorgane wie Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, ein Emphysem, eine Lungenentzündung, Lungentuberkulose oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- b. des Herzens oder der Blutgefäße, wie ein erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, ein Herzinfarkt, ein Herzfehler, eine Herzschwäche, eine Herzmuskel-erkrankung, Herzrhythmusstörungen, ein Hirnschlag, Venenentzündungen, Krampfadern oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- c. der Verdauungsorgane, wie Zwerchfellbruch, Geschwüre, Entzündungen oder Blutungen in der Speiseröhre oder dem Magen, Gelbsucht, Lebervergrößerung, Hepatitis (Leberentzündung), der Gallenblase, der Bauchspeichel-drüse oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- d. der Harn- oder Geschlechtsorgane, wie Nieren-, Harnleiter-, Blasen-, Prostata- oder Hodenerkrankungen, Gebärmutter- oder Eierstockleiden, Erkrankungen der weiblichen Brust, Steinleiden, Blut oder Eiweiss im Urin oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- e. des Nervensystems, wie Epilepsie, Schwindel, Lähmungen, Nervenentzündungen oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- f. der Psyche, wie Depressionen, Angst-, Belastungs-, Essstörungen, psychosomatische bzw. somatoforme Erkrankungen mit oder ohne Schmerzsyndrome, Burn-out oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- g. des Bewegungsapparates (d.h. der Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder und Sehnen) wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- h. der Augen, wie Abweichungen von der normalen Sehschärfe, eine Sehschwäche, Netzhauterkrankungen oder andere Störungen? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Dioptrien: links rechts _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- i. des Gehörs, wie Schwerhörigkeit, Entzündungen des Ohrs, Tinnitus oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____
- j. des Stoffwechsels oder des Blutes, wie Diabetes, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Hormonstörungen (Schilddrüse, Nebennieren), Blutarmut, Gerinnungsstörungen, Leukämie, ein Lymphom oder andere? Welche _____ Geheilt
Wann und wie lange _____
Arzt/Therapeut _____
Adresse _____

▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.

- k. des Immunsystems oder Infektionskrankheiten, wie HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Borreliose, Tropenkrankheiten oder andere? Welche _____ Geheilt
 Wann und wie lange _____
 Arzt/Therapeut _____
 Adresse _____
-
- l. oder andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen oben nicht gefragt wurde (Gewebeveränderungen wie zum Beispiel Krebs, Geschwulste, Sarkome, Polypen, oder Missbildungen, Geburtsgebrechen, usw.)? Welche _____ Geheilt
 Wann und wie lange _____
 Arzt/Therapeut _____
 Adresse _____
-
- Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte, Chiropraktikern, Osteopathen, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten oder andere im Gesundheitsbereich tätige Fachpersonen konsultiert? Name/Adresse _____

 Grund _____
 Wann _____
 Ergebnis _____
-
- Welcher Arzt ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert? Name/Adresse _____

-
- Ist ein Spitalaufenthalt oder eine Operation vorgesehen oder empfohlen worden? Grund _____

6. Leistungen

nein ja Nähere Angaben

- Beziehen Sie Leistungen einer Taggeldversicherung, der Invalidenversicherung, einer Pensionskasse, der Militär-, einer Unfall- oder einer anderen in- oder ausländischen Sozialversicherung? Wenn Ja unbedingt die Verfügung der Versicherung beilegen.
-
- Nehmen Sie an Massnahmen zur Wiedereingliederung durch die Invalidenversicherung teil? Wenn Ja unbedingt die Verfügung der Versicherung beilegen.
-
- Sind Anträge zum Bezug von Leistungen an eine der oben erwähnten Versicherungen gestellt worden? Wenn Ja unbedingt eine Kopie der Anmeldung beilegen.
-
- Hat die vorherige Pensionskasse aufgrund eines bestehenden Leidens einen Vorbehalt angebracht? Wenn ja unbedingt eine Kopie des Vorbehaltes beilegen.

7. Informationen zum Datenschutz

Für uns als Pensionskasse ist die Bearbeitung von Personendaten eine Grundlage unserer täglichen Arbeit. Wir sind uns dieser Verantwortung bewusst und beachten strikt die Regelungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und seiner Verordnung. Die entsprechenden erforderlichen Einwilligungen holen wir per Formular ein.

Um entscheiden zu können, ob und zu welchen Bedingungen ein Vertrag abgeschlossen werden kann, müssen wir bereits vor Vertragsabschluss Daten bearbeiten können. Während der Vertragsdauer ist die Datenbearbeitung für die Verwaltung und für die Klärung des Sachverhalts bei Forderungen notwendig.

Vor Vertragsabschluss und während der Vertragsdauer kann es für die Risikobeurteilung und für weitere Abklärungen notwendig sein, Anfragen an Dritte im In- und Ausland zu richten und mit diesen Ihre Daten auszutauschen. In erster Linie bearbeiten wir die Angaben aus dem Versicherungsantrag, sofern erforderlich holen wir bei Dritten sachdienliche Informationen ein (Vorversicherer, Mit- und Rückversicherer, Medizinalpersonen, Ärzte, Arbeitsstellen, Spitäler, Sozialversicherer, Ärzte und Arbeitgeber). Die zu versichernde Person entbindet Medizinalpersonen, Spitäler, Ärzte, Beamte und Versicherer von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Asga. Die Asga verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person