

## Gesundheitsfragebogen

### Informationen

Die Valora Pensionskasse kann von einem Versicherten bei seinem Eintritt in die Valora Pensionskasse Auskunft über den Gesundheitszustand verlangen, ärztliche Auskünfte einholen oder ihn auf Kosten der Valora Pensionskasse von einem Vertrauensarzt untersuchen lassen. Zudem kann die Valora Pensionskasse für die Risiken Tod und Invalidität aus gesundheitlichen Gründen einen Vorbehalt anbringen und damit den Versicherungsschutz, soweit er die Mindestansprüche gemäss BVG (Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge) übersteigt, einschränken. Der Versicherungsschutz ist bis zur abgeschlossenen Gesundheitsprüfung provisorisch. Gesundheitsvorbehalte werden für höchstens 5 Jahre ausgesprochen. Tritt ein Leistungsfall ein, der vom Vorbehalt betroffen ist, ist die Kürzung der Leistung lebenslänglich. Vorbehalte von früheren Vorsorgeeinrichtungen werden unter Anrechnung der bei der früheren Vorsorgeeinrichtung abgelaufenen Dauer übernommen.

### 1. Personalien

Name	_____	Vorname	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Geb. Datum	_____	Land	_____
E-Mail (privat)	_____	SV-Nummer:	756. _____

### 2. Fragen zur Gesundheit

- Bitte nennen Sie uns Ihre Körpergrösse \_\_\_\_\_ cm und Ihr Gewicht \_\_\_\_\_ kg.
- Sind Sie gegenwärtig oder waren Sie in den vergangenen 5 Jahren aus körperlichen oder psychischen Gründen in medizinischer Behandlung oder Kontrolle?  Ja  Nein
- Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein?  Ja  Nein
- Ist Ihre Arbeitsfähigkeit in irgendeiner Weise ganz oder teilweise eingeschränkt?  Ja  Nein
- Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen arbeitsunfähig?  Ja  Nein
- Waren Sie in den letzten 5 Jahren in einer stationären Spitalbehandlung, Rehabilitation oder Kur?  Ja  Nein
- Haben Sie Geburtsgebrechen, Körperbehinderungen oder leiden Sie an den Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit?  Ja  Nein
- Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte, Chiropraktiker, Osteopathen, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten oder andere im Gesundheitsbereich tätige Fachpersonen konsultiert oder steht Ihnen eine derartige Behandlung bevor?  Ja  Nein
- Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Suchtprobleme (Medikamente, Alkohol, Drogen, usw.)?  Ja  Nein
- Beziehen oder bezogen Sie in den letzten 10 Jahren Leistungen (Taggeld, Rente, Integritätsentschädigung, etc.) der Invaliden-, Militär- oder Unfallversicherung, Pensionskasse, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung (z.B. Krankentaggeld oder Haftpflichtversicherung) oder haben Sie Leistungen beantragt?  
Von wem? \_\_\_\_\_  
Bitte legen Sie eine Kopie der Dokumente zu diesen Leistungen bei (z.B. Kopie der Verfügung, Taggeldabrechnung, Anmeldung etc.)
- Besteht für Sie bei der bisherigen Pensionskasse ein medizinischer Vorbehalt?  Ja  Nein  
Seit wann? \_\_\_\_\_  
Bitte legen Sie eine Kopie des Vorbehaltes bei.

Bitte wenden

**3. Falls Sie auf der Vorderseite Fragen von 1 – 9 mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:**

Frage Nr.	von wann	bis wann	Welche Krankheit, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis*
				1 oder 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zudem bitte vollständige Adresse der behandelnden Ärzte und Spitäler (Arzt/Abteilung) angeben:

Frage Nr.	von wann	bis wann	Welche Krankheit, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis*
				1 oder 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zudem bitte vollständige Adresse der behandelnden Ärzte und Spitäler (Arzt/Abteilung) angeben:

Frage Nr.	von wann	bis wann	Welche Krankheit, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis*
				1 oder 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zudem bitte vollständige Adresse der behandelnden Ärzte und Spitäler (Arzt/Abteilung) angeben:

Frage Nr.	von wann	bis wann	Welche Krankheit, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis*
				1 oder 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zudem bitte vollständige Adresse der behandelnden Ärzte und Spitäler (Arzt/Abteilung) angeben:

Frage Nr.	von wann	bis wann	Welche Krankheit, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis*
				1 oder 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zudem bitte vollständige Adresse der behandelnden Ärzte und Spitäler (Arzt/Abteilung) angeben:

Frage Nr.	von wann	bis wann	Welche Krankheit, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis*
				1 oder 2
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zudem bitte vollständige Adresse der behandelnden Ärzte und Spitäler (Arzt/Abteilung) angeben:

\* 1 = geheilt, alles in Ordnung / Behandlung abgeschlossen  
 2 = nicht geheilt / nicht in Ordnung / in Behandlung oder Kontrolle

**4. Erklärung / Unterschrift**

Hiermit erkläre ich, die obigen Ausführungen sowie die Erläuterungen im Merkblatt „Gesundheitsprüfung“ gelesen und den Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ich ermächtige alle Ärzte und Spitäler, welche mich behandelt haben, sowie meine bisherige Vorsorgeeinrichtung der Valora Pensionskasse im Zusammenhang mit der beruflichen Vorsorge Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen und entsprechende Einsicht in meine Unterlagen zu gewähren.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und die Valora Pensionskasse bei unrichtigen Angaben im Rahmen der überobligatorischen Leistungen von der Versicherung zurücktreten kann.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_