

# Erweiterte Gesundheitsprüfung



## Angaben zum Vertrag

Firma	Beruf
-------	-------

## Angaben zur ein-tretenden Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Jahreslohn in CHF
Strasse, Nr	PLZ, Ort

## Fragen zur Gesundheit

Grösse in cm	Gewicht in kg
--------------	---------------

- Sind Sie zur Zeit voll arbeitsfähig?  
**Wenn nein, bitte Grad in Prozent der Arbeitsunfähigkeit angeben:** \_\_\_\_\_ %  Ja  Nein
- Rauchen Sie?  Ja  Nein  
**Falls ja, bitte Art des Konsums und Menge angeben:** \_\_\_\_\_
- Trinken Sie Alkohol? (1 unit = 100 ml Wein, 300 ml Bier, 40 ml Spirituosen)  Ja  Nein  
**Falls ja, bitte Art des Konsums und Menge angeben?** \_\_\_\_\_
- Waren Sie in den letzten 12 Monaten gesundheitshalber länger als 2 Wochen von der Arbeit abwesend?  
**Wenn ja, weshalb?** \_\_\_\_\_  Ja  Nein
1. Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen?  Ja  Nein
2. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, geistige oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens (z.B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Knochenfixationen)?  Ja  Nein

**Wenn 5.1 und/oder 5.2 ja, bitte ergänzen:**

Beschwerde- und Behandlungsart	von	bis	Arzt oder Spital (genaue Adresse und Abteilung)

- Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinen normalen Ergebnissen führten: Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Bluttest oder andere besondere Untersuchungen?  Ja  Nein  
**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  Ja  Nein  
**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_  
 Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Antrag um Aufnahme von einer Versicherungsgesellschaft zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (erhöhte Prämie, Kürzung der Versicherungsdauer oder der Leistungen)?  Ja  Nein  
**Wenn ja, weshalb?** \_\_\_\_\_
- Werden im jetzigen Zeitpunkt und bei Versicherungsbeginn gegenüber der Invalidenversicherung, der Militärversicherung, einer Krankentaggeld- oder Unfallversicherung Leistungen geltend gemacht oder von einer dieser Versicherungen erbracht (allfällige Verfügungen bitte in Kopieform beilegen)?  Ja  Nein  
**Wenn ja, weshalb?** \_\_\_\_\_
- Welcher Arzt ist am Besten mit ihrer Krankengeschichte vertraut? Bei Bedarf mehrere Adressen angeben:  
 Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# Erweiterte Gesundheitsprüfung

---

**Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die oben stehenden Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe. Ich ermächtige die Inter Pensionskasse bzw. den Rückversicherer über meinen Gesundheitszustand an zuständiger Stelle ergänzende Auskünfte einzuholen. Die Befragten befreie ich für die Versicherungsdauer von Ihrer Schweigepflicht gegenüber der Inter Pensionskasse bzw. dem Rückversicherer.

**Vertraulichkeit**

Die erhaltenen Auskünfte sind von der Inter Pensionskasse bzw. dem Rückversicherer **streng vertraulich** zu behandeln. Im Falle unvollständiger oder unwahrer Angaben kann die Inter Pensionskasse gemäss Art. 6 VVG (Versicherungsvertrags-Gesetz) von der Versicherung zurücktreten.

**Zustellung**

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular direkt und ausschliesslich an die Inter Pensionskasse.

Ort

Datum

Eintretende Person