

GESUNDHEITSERKLÄRUNG
(VON DER ZU VERSICHERNDEN PERSON VOLLSTÄNDIG
AUSZUFÜLLEN)

PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME DES ARBEITGEBERS	AHV-NUMMER
VERTRAGSNUMMER	NAME, VORNAME
	GEBURTSDATUM

GESUNDHEITSZUSTAND

Fühlen Sie sich gesund?				Ja	Nein
Wenn nein, aus welchem Grund/welche Diagnose?	Seit wann?	Arzt, Krankenhaus, Adresse?			

Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Einschränkungen, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben oder von denen erwartet werden muss, dass sie innerhalb der nächsten zwei Jahre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben werden?				Ja	Nein
Wenn ja, aus welchem Grund/welche Diagnose?	Seit wann?	Arzt, Krankenhaus, Adresse?			

Besteht ein Gesundheitsvorbehalt oder ein Risikozuschlag durch die bisherige Pensionskasse?				*	Ja	Nein
---	--	--	--	---	----	------

***Erforderliche Dokumente:** Kopie des Vorbehalts sowie letzter Vorsorgeausweis.

Sind Sie in den letzten fünf Jahren von einem Arzt, Psychologen oder Therapeuten untersucht resp. behandelt worden?					Ja	Nein
Wenn ja, aus welchem Grund/welche Diagnose?	Wann?	Dauer?	Folgenlos geheilt? (j/n)	Arzt, Krankenhaus, Adresse?		

Ist ein Arztbesuch, Spital- oder Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation vorgesehen?

Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Wann?

Arzt, Krankenhaus, Adresse?

BESTÄTIGUNG DES NEUEN MITARBEITENDEN

Ich ermächtige die von mir angegebenen Ärzte sowie meine bisherige Vorsorgeeinrichtung, der Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) respektive dem ärztlichen Dienst der Zurich Versicherungsgesellschaft AG, im Zusammenhang mit dem vorliegenden Formular «Gesundheitserklärung» Auskunft über meinen Gesundheitszustand und/oder über meinen bisherigen Vorsorgeschutz zu erteilen und die Daten zu bearbeiten. Die Vorsorgeeinrichtung, die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) respektive die Zurich Versicherungsgesellschaft AG verpflichten sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe. Bei unrichtigen Angaben können die Vorsorgeeinrichtung, die Beratungsgesellschaft für die zweite Säule (RV-Pool) und die Zurich Lebensversicherungsgesellschaft AG die Leistungen verweigern.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT _____