

Gesundheitsprüfung bei Leistungsverbesserung / Einkauf 2. Säule

Personalangaben	Name	_____
	Vorname	_____
	Strasse, Nr.	_____
	PLZ, Ort	_____
	AHV-Nummer	_____

Fragen an die zu versichernde Person		
▪	Hatten Sie in den letzten 5 Jahren oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Störungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____
▪	Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung oder Kontrolle und/oder in der Behandlung eines Chiropraktikers?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, bei wem?	
	Name	_____
	Strasse, Nr.	_____
	PLZ, Ort	_____
▪	Nehmen Sie Medikamente zu sich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, Weshalb?	_____
	Welche?	_____
	Wie oft?	_____
	Behandelnder Arzt?	
	Name, Adresse	_____
▪	Hausarzt?	
	Name, Adresse	_____

Wenn Sie mindestens eine der vorstehenden Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, sind auch die Fragen 1-17 zu beantworten, Andernfalls ist die Frage 18 zu beantworten und die Erklärung am Schluss des Formulars zu unterzeichnen.

1.	Sind Sie jemals operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Weilten Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium, Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Bestehen bei Ihnen Unfallfolgen oder liegt eine Körperbehinderung vor (z.B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Tragen von Knochenfixationsmaterial, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.	Wurden Sie mit Röntgenstrahlen oder radioaktiven Substanzen behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.	Mussten Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus oben nicht erwähnten Gründen behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie eine der Fragen 1 – 7 mit „ja“ beantwortet haben, sind auch die Fragen unter Punkt 8 zu beantworten. Andernfalls Fortsetzung mit Frage 9.



8.	Frage Nr.	Welche Krankheit oder Operation? Welcher Unfall?	Wann? Wie lange? Geheilt? Folgen?	Behandelnder Arzt? (Name und Adresse)

9. Nehmen Sie ärztlich verordnete Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, Welche? _____

Behandelnder Arzt? Name, Adresse _____

10. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, Was? _____

Wieviel pro Tag? _____

Seit wann? _____

11. Nehmen / nahmen Sie in den letzten 5 Jahren irgendwelche Betäubungsmittel (Drogen)? ja nein

Wenn ja, Welche? _____

12. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren irgendwelche Suchtprobleme (Medikamente, Alkohol, usw.)? ja nein

Wenn ja, Welche? _____

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

Behandelnder Arzt? Name, Adresse _____

13. Ist bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder fraglich positives Resultat ergab? ja nein

Wenn ja:
Untersuchender Arzt? Name, Adresse _____

14. Ist Ihre Sehfähigkeit eingeschränkt? ja nein

Wenn ja, können Sie (gegebenenfalls mit Brille oder Kontaktlinsen) mühelos einen Zeitungstext lesen? ja nein





15.	Ist Ihre Hörfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, kann diese mit einem Hörgerät vollständig korrigiert werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16.	Welches ist Ihre Körpergrösse?	_____ cm	
17.	Welches ist Ihre Körpergewicht?	_____ kg	

18. Sind für Sie bereits Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität versichert oder wird ein entsprechender Versicherungsschutz anderweitig beantragt? Wenn ja, bei welchem Versicherer und in welcher Höhe?

Name des Versicherers	Taggeld		Invalidenrente	
	Mit Unfall CHF	ohne Unfall CHF	mit Unfall CHF	ohne Unfall CHF
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Entbindung von der Schweigepflicht / Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, die Privatversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber der Agrisano Pencas und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, der Agrisano Pencas bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt, und sämtliche Daten werden durch die Agrisano Pencas streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die Agrisano Pencas im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Bitte einsenden an: Agrisano Pencas, Laurstrasse 10, 5201 Brugg

