

Ermächtigung und Gesundheitserklärung

Name, Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____ / _____ / _____ männlich weiblich

Arbeitgeber _____

Pensionskasse _____

Wichtiger Hinweis

Die Aufnahme in die Vorsorgeeinrichtung bedingt eine medizinische Prüfung, welche im Auftrag der Vorsorgeeinrichtung von elipsLife vorgenommen wird. Eine ärztliche Untersuchung bleibt vorbehalten. Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrer Gesundheit korrekt und vollständig. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist Ihre Vorsorgeeinrichtung von der Leistungspflicht befreit, wenn sie binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt.

Datenschutz

Die für die vorliegende Prüfung notwendigen Daten werden von elipsLife vertraulich und in Übereinstimmung mit den Schweizerischen und Liechtensteinischen Gesetzen bearbeitet. Ihre Daten werden von elipsLife elektronisch oder physisch gespeichert und archiviert. Dies ist auch der Fall wenn die Aufnahme in die Vorsorgeeinrichtung nicht oder nur unter einem Vorbehalt erfolgt. Ihre Daten werden entsprechend der nachfolgenden Ermächtigung und nur soweit erforderlich an Amtsstellen, Rück- und allfällige Mitversicherer bekannt gegeben.

Ermächtigung

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie elipsLife und die Vorsorgeeinrichtung, Daten, die sie aufgrund des Versicherungsverhältnisses erhält, zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Rückversicherer, andere Versicherer, Amtsstellen und sonstige Beteiligte weiterzugeben sowie von diesen Auskünfte einzuholen. Sie entbinden Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und andere Versicherungsinstitutionen von ihrer Schweigepflicht und erteilen diesen die Ermächtigung, elipsLife oder ihrem ärztlichen Dienst alle mit dem Versicherungsverhältnis in Zusammenhang stehenden Auskünfte zukommen zu lassen.

Bitte die Gesundheitserklärung auf der Folgeseite ausfüllen, datieren und unterzeichnen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Gesundheitserklärung

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

1. Sind Sie zur Zeit voll arbeitsfähig? ja nein
Wenn nein, bitte Grund, Dauer und Grad in Prozent der Arbeitsunfähigkeit angeben: _____

2. Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg

3. Haben Sie in den letzten 3 Jahren geraucht oder andere tabak- oder nikotinhaltige Produkte konsumiert? ja nein
Falls ja, bitte Art des Konsums und Menge angeben _____

4. Alkoholkonsum (1 Einheit = 1dl Wein, 3dl Bier, 4cl Spirituosen) oder andere Suchtmittel ja nein
Falls ja, bitte Einheiten pro Woche angeben _____

5. Waren Sie in den letzten 12 Monaten gesundheitshalber länger als 2 Wochen von der Arbeit abwesend? ja nein
Wenn ja, weshalb, Dauer? _____

6a Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen? ja nein

6b 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, Seh- oder Hörbehinderung)? ja nein

Wenn 6a und/oder 6b ja, bitte ergänzen:

Beschwerde- und Behandlungsart	von	bis	Behandelnder Arzt oder Spital (genaue Adresse und Abteilung angeben)	Geheilt ohne Folgen
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinen normalen Ergebnissen führten: z.B. Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Bluttest oder andere Untersuchungen? ja nein
Wenn ja, welche? Resultat? _____

8. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Bei Blutdrucksenkern bitte Werte der letzten Messung angeben. ja nein
Wenn ja, welche, Grund? _____
 Behandelnder Arzt: _____

9. Ist Ihr Antrag um Aufnahme von einer Versicherungsgesellschaft zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (z.B. Vorbehalt, erhöhte Prämie, Kürzung der Versicherungsdauer oder der Leistungen)? ja nein
Wenn ja, Art der Erschwerung, wann, weshalb? _____

10. 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? _____

11. Welcher Arzt ist am Besten mit ihrer Krankengeschichte vertraut? Bei Bedarf mehrere Adressen angeben:
 Name, Adresse und Telefonnummer: _____
 Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Wichtiger Hinweis

elipsLife behält sich das Recht vor, die Aufnahme zu den vertraglichen Versicherungsleistungen durch eine ärztliche Untersuchung zu prüfen. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist die Gesellschaft von der Leistungspflicht befreit, wenn sie binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person