

# Gesundheitsfragebogen

## Angaben über den Gesundheitszustand

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren gesundheitliche Störungen oder Beschwerden, die zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen führten, oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Störungen oder Beschwerden?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in medizinischer Abklärung, Behandlung und/oder Kontrolle durch einen Arzt oder einer anderen medizinischen Fachperson (z.B. Psychologen, Psychotherapeuten, Chiropraktikern, Osteopathen, Physiotherapeuten etc.)?  ja  nein

Sind Sie in den letzten 5 Jahren in einem Spital oder einer sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtung untersucht, behandelt oder operiert worden?  ja  nein

Einzelheiten zu den beiden letzten Fragen:

Für welche Krankheiten oder Beschwerden etc.?	Von wann bis wann?	Bemerkungen	Name, Adresse der behandelnden Ärzte, Fachpersonen und/oder Spitäler
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein (ausgenommen: Antibabypille)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Genauere Adresse \_\_\_\_\_

Besteht ein Vorbehalt durch die bisherige Pensionskasse?  ja  nein

(Wenn ja, bitte Kopie des Vorbehaltsschreibens in verschlossenem Kuvert beilegen.)

Bezogen Sie in den letzten 5 Jahren Renten- oder Taggeldleistungen gemäss Eidgenössischer IV, MVG, UVG, BVG, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung, oder haben Sie Leistungen beantragt? (Bitte Kopien von Entscheiden der genannten Institutionen beilegen.)  ja  nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_ Wenn ja, für welchen IV-Grad? \_\_\_\_\_

Bezugsdauer? Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahresrente oder Taggeldansatz \_\_\_\_\_

### Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis/Akteneinsicht

Die obgenannten Fragen sind wahrheitsgetreu zu beantworten. Bei Verletzung der Anzeigepflicht oder unvollständigen Angaben können die Swisscanto Flex Sammelstiftung bzw. ihr Rückversicherer im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen. Die zu versichernde Person ermächtigt die Swisscanto Flex Sammelstiftung und ihren Rückversicherer bei Bedarf Vertrauensärzte beizuziehen und alle zur Prüfung der Aufnahme und des Leistungsanspruchs nötigen Auskünfte direkt einzuholen; dies bei allen Ärzten, welche die zu versichernde Person je behandelt haben, bei allen Versicherungsträgern, welchen die zu versichernde Person je angeschlossen war, sowie bei der zuständigen IV-Stelle und Ausgleichskasse. Sie entbindet hiermit alle diese Stellen ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und der Schweigepflicht. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt, und sämtliche Daten werden durch die Swisscanto Flex Sammelstiftung und ihren Rückversicherer und streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung der Personalvorsorge.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

Swisscanto Flex Sammelstiftung der Kantonalbanken, Stockerstrasse 33, Postfach, 8021 Zürich