



Einsenden an:

Pensionskasse Milchwirtschaft
c/o AHV-Kasse Milchwirtschaft
Wytenbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 22

Gesundheitsfragebogen

zuhanden der Pensionskasse Milchwirtschaft

Personalien der zu versichernden Person

Name, Vorname: _____
AHV-Nummer: _____ Geburtsdatum: _____
Strasse, Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Gesundheitsfragen

Waren Sie bei Versicherungsbeginn oder zum Zeitpunkt der Leistungserhöhung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?

Nein Ja: Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen.

Bestehen bei Ihnen irgendwelche Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen bzw. Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls?

Nein Ja: Welche? _____
Seit wann? _____
Ärzte/Spitäler (Name, Adresse) _____

Stehen oder standen Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 4 Wochen in ärztlicher, chiropraktischer oder psychologischer Behandlung bzw. Kontrolle oder benötigen, nehmen oder nahmen Sie regelmässig Medikamente, Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel oder Drogen?

Nein Ja: Weswegen? _____
Von wann bis wann? _____
Ärzte/Spitäler (Name, Adresse) _____

Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen Krankheit oder Unfall mehr als 2 Wochen (ununterbrochen) ganz oder teilweise aussetzen?

Nein Ja: Weswegen? _____
Von wann bis wann? _____
Ärzte/Spitäler (Name, Adresse) _____

Zu versichernde Person

Name, Vorname: _____

AHV-Nummer: _____ Geburtsdatum: _____

Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Untersuchungen durchgeführt, z.B. Kontrollen, Röntgen, EKG, HIV-Test usw. die zu keinem normalen Ergebnis geführt haben (nicht anzugeben sind genetische Untersuchungen)?

Nein Ja: Welche? _____

Wann? _____

Ärzte/Spitäler (Name, Adresse) _____

Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen oder -Schädigungen: Arthrose, Asthma, Augenerkrankungen, Bronchitis, erhöhter Blutdruck, erhöhtes Cholesterin, Herzkrankheiten, Krebs, Lähmungen, Multiple Sklerose, nicht korrigierte Hör- oder Sehverminderung, psychische Leiden oder Störungen, Rheuma, (Schild-) Drüsen- Störungen, Schlaganfall, Wirbelsäulenbeschwerden, Zuckerkrankheit oder andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten, Symptome oder Störungen?

Nein Ja: Welche? _____

Von wann bis wann? _____

Ärzte/Spitäler (Name, Adresse) _____

Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren einer Operation unterzogen (ambulant oder stationär) oder ist eine solche vorgesehen/empfohlen?

Nein Ja: Welche? _____

Wann? _____

Ärzte/Spitäler (Name, Adresse) _____

Gesundheitsvorbehalt

Besteht aus Ihrer letzten Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt?

Nein Ja: Bitte Kopie des Vorbehaltes beilegen.

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht

Die zu versichernde Person ermächtigt alle Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Chiropraktiker und Spitäler sowie ihre bisherige Vorsorgeeinrichtung, der proparis und der Durchführungsstelle der Pensionskasse im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskünfte über ihren Gesundheitszustand und/oder über ihren bisherigen Vorsorgeschutz zu erteilen und entbindet sie hierfür vom Berufsgeheimnis. Sie nimmt ferner zur Kenntnis, der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass die Pensionskasse resp. deren Durchführungsstelle bei unrichtigen Angaben oder verschweigen von Tatsachen vom Vorsorgevertrag zurücktreten kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der zu versichernden Person: _____