



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: \_\_\_\_\_