

Gesundheitserklärung

Personalien

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Adresse _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____
 Eintrittsdatum _____
 Arbeitgeber _____
 Aktuelle berufliche Tätigkeit _____

1. Körperbau Grösse (cm): _____ Gewicht (kg): _____
2. Sind Sie zurzeit 100% arbeits- und erwerbsfähig? JA NEIN
3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen arbeitsunfähig? JA NEIN
4. Beziehen oder bezogen Sie Leistungen der eidg. Invalidenversicherung (IV), der Unfall- oder Militärversicherung oder einer ausländischen Sozialversicherung? (Verfügung beilegen) JA NEIN
5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung (mindestens 3 aufeinanderfolgende Konsultationen/Behandlungen)? JA NEIN
6. Sind Sie zurzeit in ärztlicher, psychotherapeutischer, therapeutischer Behandlung? JA NEIN
7. Stehen ärztliche Abklärungen, Behandlungen, Operationen bevor? JA NEIN
8. Bestehen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechens? JA NEIN
9. Wurde bei Ihnen ein HIV-/Hepatitis-Test durchgeführt?
 Resultat HIV-Test positiv negativ
 Resultat Hepatitis-Test positiv negativ
10. Nehmen/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein? JA NEIN
 Wenn ja, welche _____ vom _____ bis _____
11. Nehmen/nahmen Sie illegale Suchtmittel? JA NEIN
 Wenn ja, welche _____ vom _____ bis _____

Falls Sie eine der Fragen 3 - 11 mit „JA“ beantwortet haben, bitten wir um zusätzliche Angaben:

Krankheit/Unfall/Beschwerden	Wann/Wie lange/Abschluss	Behandelnder Arzt/Spital	Folgenlos geheilt
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Rechtsbelehrung

Auf Grund des Anstellungsvertrages hat der/die Unterzeichnete der Vorsorge FinTec beizutreten.

Er/sie bestätigt, das aktuelle Vorsorgereglement erhalten, gelesen, verstanden und in vollem Umfang anerkannt zu haben.

Er/sie nimmt zur Kenntnis, dass die Vorsorge FinTec die Visana Services AG mit der Prüfung der vorliegenden Gesundheitserklärung beauftragt hat.

Er/sie erklärt sich damit einverstanden, dass die Aufnahme in die Vorsorge FinTec von einer ärztlichen Untersuchung durch den Vertrauensärztlichen Dienst der Visana Services AG abhängig gemacht werden kann.

Der/die Unterzeichnete ermächtigt die Visana Services AG ausdrücklich, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Krankenversicherern und Behörden, unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes, Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Vorsorgeschutzes und der Ausrichtung von Leistungen notwendig sind.

Der/die Unterzeichnete bestätigt, die Gesundheitserklärung

richtig, sorgfältig, wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.

Er/sie wurde informiert und akzeptiert, dass die Vorsorge FinTec berechtigt ist, bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung der Fragen der Gesundheitserklärung, die versicherten Leistungen auf das vorgesehene gesetzliche Minimum der beruflichen Vorsorge zu beschränken.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person