



Gesundheitserklärung

(von der zu versichernden Person vollständig auszufüllen)

Persönliche Angaben

Name, Vorname	_____	_____
Strasse, Hausnummer	_____	PLZ, Ort _____
Telefonnummer	_____	E-Mail _____
Sozialvers. Nummer	_____	
Beruf	_____	
Geburtsdatum	_____	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Arbeitgeber	_____	
Pensionskasse	_____	

Grund der Anfrage

- Neueintritt Lohnanpassung Neuzugang Vorsorgewerk

Wichtiger Hinweis

Integral 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 Stiftung von der Leistungspflicht befreit, wenn sie binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt.

Ermächtigung

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie Integral sowie den RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule, Daten, die sie aufgrund des Versicherungsverhältnisses erhält, zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Rückversicherer, andere Versicherer, Arbeitsstellen und sonstige Beteiligte weiterzugeben sowie von diesen Auskünfte einzuholen. Sie entbinden Spitäler, Ärzte, Arbeitsstellen, Versicherungsgesellschaften und andere Versicherungsinstitutionen von ihrer Schweigepflicht und erteilen diesen die Ermächtigung, Integral sowie dem RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule oder ihrem ärztlichen Dienst alle mit dem Versicherungsverhältnis in Zusammenhang stehenden Auskünfte zukommen zu lassen.

Datenschutzerklärung

Bei Integral sowie RV-Pool c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule werden Ihre Daten sicher und streng vertraulich verwaltet. Integral resp. RV-Pool c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule achtet sorgfältig darauf, dass die gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes vollumfänglich erfüllt werden.

Ort, Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

Gesundheitserklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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

2. Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg

3. Tabakkonsum ja nein
Falls ja, bitte Art des Konsums und Menge angeben _____

4. Alkoholkonsum (1 Einheit = 1dl Wein, 3dl Bier, 4cl Spirituosen). Beträgt dieser mehr als 20 Einheiten pro Woche? 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? _____

- 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)? ja nein
Wenn 6a und/oder 6b ja, bitte ergänzen:

Beschwerde- und Behandlungsart	von	bis	Arzt od. Spital (Adresse und Abt.)

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

8. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Behandelnder Arzt: _____

9. Ist Ihr Antrag um Aufnahme von einer Versicherungsgesellschaft zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (erhöhte Prämie, Kürzung der Versicherungsdauer oder der Leistungen)? ja nein
Wenn ja, 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 Adresse angeben:

Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Wichtiger Hinweis

Integral 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 Stiftung 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