

Gesundheitszustand

Arbeitgeber

Firma Anschluss-Nr.

Persönliche Angaben des Versicherten

Name

Vorname

AHV-Nr. . . . Geburtsdatum / /

E-Mail Telefon

Gesundheitszustand

Fühlen Sie sich gesund? ja nein

Wenn nicht, geben Sie uns bitte einige Informationen? (Grund, Diagnose, Ereignisdatum, Name des Arztes, Krankenhaus, Adresse, ...)

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen, die Auswirkungen auf Ihre Arbeitsfähigkeit haben können oder bei denen davon auszugehen ist, dass sie in den nächsten zwei Jahren Auswirkungen auf Ihre Arbeitsfähigkeit haben werden? ja nein

Wenn ja, geben Sie uns bitte einige Informationen? (Grund, Diagnose, Ereignisdatum, Name des Arztes, Krankenhaus, Adresse, ...)

Gibt es in Ihrer aktuellen Pensionskasse Vorbehalte zu Ihrem Gesundheitszustand oder einen Risikozuschlag? * ja nein

*Erforderliche Dokumente: Kopie des Vorbehalts und letzter Vorsorgeausweis.

Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt, Psychologen oder Therapeuten konsultiert oder eine Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, geben Sie uns bitte einige Informationen? (Grund, Diagnose, Ereignisdatum, Dauer, Heilung ohne Folgeschäden, Name des Arztes, Krankenhaus, Adresse, ...)

