

GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Dieses Formular muss ordnungsgemäss von der versicherten Person ausgefüllt, ergänzt und unterzeichnet werden.

Name/Vorname **Geburtsdatum**

Arbeitgeber **Ort/Kanton**

Firmen-Nr. **Vorsorgeplan**

Name/Adresse des Arztes, den Sie üblicherweise aufsuchen: Name

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Wann erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung?

Datum Grund

Körpergrösse (cm) Gewicht (kg) Blutdruck

Nr.	Zutreffendes bitte ankreuzen	Ja	Nein
1	Sind Sie zurzeit krank oder haben Sie gesundheitliche Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sind Sie gegenwärtig in Behandlung bei einem Arzt, Chiropraktor, Therapeuten oder einer anderen medizinischen Fachperson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ist Ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit zurzeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bestehen Krankheits- oder Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bestehen Missbildungen oder Geburtsgebrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Benötigen Sie gegenwärtig regelmässig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Haben Sie in den letzten 5 Jahren an einer der folgenden Störungen, Krankheiten oder Beschwerden gelitten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a)	– der Atmungsorgane (Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungentuberkulose oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	– des Herzens oder der Blutgefässe (erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzklopfen, Schlaganfall, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Gefässleiden, Gerinnungsprobleme, Leukämie oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	– Stoffwechsel- oder Drüsenkrankheiten (Diabetes mellitus, Cholestrin, Gicht, Schilddrüsenfehlfunktion, hormonelle Störungen, Blutarmut, Gerinnungsstörungen oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	– psychiatrische oder neurologische Erkrankungen (Psychose, Burnout, Ohnmachtsanfälle oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	– des Nervensystems oder der Psyche (Epilepsie, Schwindel, Lähmungen, Nervenentzündungen Depressionen oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	– der Verdauungsorgane (Zwerchfellbruch, Magen- oder Darmgeschwüre bzw. Entzündungen, Blutungen, Hämorrhoiden, Gelbsucht, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	– der Harn- oder Geschlechtsorgane (Nieren-, Harnleiter-, Blasen- oder Prostatakrankheit, Steinleiden, Blut- oder Eiweissausscheidung im Urin, Geschlechtskrankheit oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	– des Immunsystems oder Infektionskrankheit (AIDS, HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Tropenkrankheiten oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	– der Haut (Ekzem, Allergien, Psoriasis, Pilzkrankung, Hautkrebs oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)	– des Bewegungsapparates: Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen (Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma, Diskushernie, rheumatologische Erkrankungen, Gelenkschmerzen, entzündliche und degenerative Erkrankung des Bewegungsapparates oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)	– der Augen (Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, Netzhauterkrankungen oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)	– des Gehörs (Schwerhörigkeit, Entzündungen oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	– Krebskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)	– Erkrankungen im Bereich Nase, Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o)	– Neurovegetative Störungen, Allergien (ausgenommen allergische Rhinitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p)	– andere physische Probleme (Knie, Ellbogen, Fussknöchel oder andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sind oder waren Sie in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Konsumieren Sie oder haben Sie wiederholt Drogen konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Rauchen Sie und wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Konsumieren Sie mehr als 3 Standarddrinks* pro Tag? *(1 dl Wein, 3 dl Bier, 2 cl Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Name/Vorname **Geburtsdatum**

Arbeitgeber **Ort/Kanton**

Firmen-Nr. **Vorsorgeplan**

Nr.	Zutreffendes bitte ankreuzen	Ja	Nein
13	Steht eine Behandlung (ambulant, teilstationär, Spital-/Kuraufenthalt) bevor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Beziehen Sie oder haben Sie Leistungen (Taggeld, Rente oder andere) aus der Invalidenversicherung (IV), der Militärversicherung (MV), der Unfallversicherung (UV), einer anderen ähnlichen Institution (KV) bezogen? Wenn ja, bitte Kopie des Entscheides beilegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Bei Bezug einer Invalidenrente: Erfolgt die jetzige Anstellung im Rahmen einer Wiedereingliederung (IV Revision 6A)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Besteht ein Vorbehalt bei einer vorangehenden Vorsorgeeinrichtung (oder Pensionskasse), bei einer privaten Versicherung (z.B. Lebensversicherung) und/oder bei einer anderen Sozialversicherung (z.B. Deckung bei einer Krankversicherung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Bei weiblichen Personen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja: war der bisherige Verlauf normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde eine oder mehrere Fragen mit «ja» beantwortet, bitte die untenstehenden Details ergänzen.

Nr.	Krankheiten, Unfälle, Gebrechen, usw.	Datum der Behandlung	Behandlung abgeschlossen am	Name/Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals

Die versicherte Person bestätigt, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Werden erhebliche Gefahrentatsachen verschwiegen oder falsch mitgeteilt, kann die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende vom Vertrag zurücktreten und sich dadurch von ihrer Leistungspflicht befreien. Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer sowie Amtsstellen und andere Pensionskassen, an welche sich die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende wendet, werden ermächtigt, alle medizinischen Auskünfte zu erteilen, welche zur Beurteilung des zu versichernden Risikos dienen.

Vollmacht

Die versicherte Person ermächtigt die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende zur Einsichtnahme in Akten des behandelnden Arztes, des Familienarztes, und notfalls der Invalidenversicherung, des Arbeitgebers, der Kranken- und Unfallversicherung, anderen Vorsorgeeinrichtungen und anderen Sozialversicherungen. Die versicherte Person wird in jedem Fall über die Vorgehensweise des VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende informiert.

Ort/Datum **Unterschrift der versicherten Person**