

## Erweiterte Gesundheitsprüfung

### Angaben zum Arbeitgeber / Vertrag

Name	
Vertragsnummer	

Die zu versichernde Person hat die nachstehenden Fragen selbst zu beantworten. Bitte jede Frage einzeln mit Ja oder Nein beantworten. Bei denjenigen Fragen, die mit Ja beantwortet werden müssen, sind die genauen Angaben bezüglich Zeitpunkt, Dauer, Heilung, allfälliger Folgen sowie die Anschrift des behandelnden Arztes einzutragen.

### Erklärung der zu versichernden Person

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Sozialvers.-Nr.	
Worin besteht Ihre berufliche Beschäftigung?			

### Gesundheitsfragen: Von der zu versichernden Person auszufüllen

- Sind Sie jemals operiert worden?  Ja  Nein
- Weilten Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus, oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen?  Ja  Nein
- Bestehen bei Ihnen Unfallfolgen, oder liegt eine Körperbehinderung vor (z. B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Tragen von Knochenfixationsmaterial)?  Ja  Nein
- Wurden Sie mit Röntgenstrahlen oder radioaktiven Substanzen behandelt?  Ja  Nein
- Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen arbeitsunfähig?  Ja  Nein
- Mussten Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen?  Ja  Nein
- Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus oben nicht erwähnten Gründen behandelt worden?  Ja  Nein

Wenn Sie eine der Fragen 1 bis 7 mit Ja beantwortet haben, sind auch die Fragen unter Punkt 8 zu beantworten. Andernfalls Fortsetzung bei Frage 9.

8. Frage Nr. Welche Krankheit oder Operation? Wann? Wie lange? Behandelnder Arzt  
 Welcher Unfall? Geheilt? Folgen? (Name und Adresse)

Frage Nr.	Welche Krankheit oder Operation? Welcher Unfall?	Wann? Wie lange? Geheilt? Folgen?	Behandelnder Arzt (Name und Adresse)


9. Rauchen Sie?  Ja  Nein Wenn ja, was?  Wieviel pro Tag?  Seit wann?
10. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren irgendwelche Rauschgifte (Drogen)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
11. Haben/hatten Sie in den letzten 5 Jahren Suchtprobleme (Medikamente, Alkohol, Drogen, usw.)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?   
Wie oft?   
Wann zuletzt?   
Behandelnder Arzt
12. Ist bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder fraglich positives Resultat ergab?  Ja  Nein
13. Ist Ihre Sehfähigkeit eingeschränkt?  Ja  Nein  
Wenn ja, können Sie (ggf. mit Brille oder Kontaktlinsen) mühelos einen Zeitungstext lesen?  Ja  Nein
14. Ist Ihre Hörfähigkeit eingeschränkt?  Ja  Nein  
Wenn ja, kann dies mit einem Hörgerät vollständig korrigiert werden?  Ja  Nein
15. Ihre Körpergrösse?  cm
16. Ihre Körpergewicht?  kg

### Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis / Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber der Rückversicherung und den zuständigen Stellen der Pro Medico Stiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die notwendigen Informationen eingeholt, und sämtliche Daten werden durch die Rückversicherung bzw. die Pro Medico Stiftung streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrags.

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass die Pro Medico Stiftung bzw. die Rückversicherung die Leistungen bei falschen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kürzen oder ablehnen kann.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte einsenden an: Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich