

Ergänzende Angaben zur Anmeldung

Pensionskasse:

Arbeitgeber:

Versicherte Person

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

Fragen zur Gesundheit

- | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| 1 | Waren Sie bei Versicherungsbeginn (bei Leistungserhöhungen im Zeitpunkt der Änderung) ganz oder teilweise arbeitsunfähig? (Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen) | Ja | Nein |
| 2 | Bestehen bei Ihnen zurzeit irgendwelche gesundheitliche Störungen oder Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrehen? | Ja | Nein |
| 3 | Benötigen Sie regelmässig Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher oder medizinischer Behandlung oder Beobachtung? | Ja | Nein |
| 4 | Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck, Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre, Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Gehörleiden oder andere hier nicht aufgeführte Krankheiten oder Störungen? | Ja | Nein |
| 5 | Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalles mehr als 4 Wochen ganz oder teilweise aussetzen? | Ja | Nein |
| 6 | Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinem normalen Ergebnis führten (Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Blutuntersuchung oder andere besondere Untersuchungen)? | Ja | Nein |

Falls Sie eine der obigen Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage Nr.	Von wann bis wann?	Krankheiten, Beschwerden Störungen?	Behandelnde Ärzte, Spitäler Adresse?	Gesundheitszustand
--------------	-----------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------

Bemerkungen

Zusatzangaben bei Stellenwechsel

Waren Sie bei Ihrem letzten Arbeitgeber im Rahmen einer beruflichen Vorsorge versichert? Wenn ja, bitten wir Sie um folgende Angaben (vollständige Angaben garantieren Ihnen die Erhaltung des bisherigen Vorsorgeschatzes):

Firma oder Vorsorgeeinrichtung (Name, Strasse, PLZ und Ort)

Versicherungs-Gesellschaft

Erklärung

Ich ermächtige Ärzte und Spitäler sowie meine bisherige Vorsorgeeinrichtung, der Keller Pensionskassen-experte im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen. Ich nehme davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass Keller Pensionskassenexperte bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person