

Zusatzblatt Gesundheitsfragen

Abrechnungs-Nr. (sofern bekannt) _____

1. Personalien

Name, Vorname _____

Facharzt-Titel _____

2. Angaben zur Gesundheit

a) Sind Sie voll arbeits- bzw. erwerbsfähig? ja nein

Hinweis:

Als nicht voll arbeitsfähig gilt eine Person, die bei Versicherungsbeginn

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit fernbleiben muss, oder
- Taggelder infolge von Krankheit oder Unfall bezieht, oder
- bei einer staatlichen Invalidenversicherung angemeldet ist, oder
- eine Rente wegen vollständiger oder teilweiser Invalidität bezieht, oder
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprechend voll beschäftigt werden kann.

Alle übrigen Personen gelten als voll arbeitsfähig.

Wenn nein, Grund?

b) Beziehen Sie eine Invalidenrente (infolge Krankheit oder Unfall)? ja nein

Wenn ja: Invaliditätsgrad: _____ %

c) Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung aus gesundheitlichen Gründen ein Vorbehalt oder wurden andere Personenversicherungsanträge abgelehnt? ja nein

Wenn ja, wann, durch wen und weshalb?

d) Sind Sie gegenwärtig vollständig gesund? ja nein

Wenn nein, weshalb nicht?

- e) Leiden Sie gegenwärtig an einer Krankheit oder an den Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechens? ja nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung, seit wann, Name und Adresse des behandelnden Arztes.

- f) Haben Sie Ihre Arbeit in den letzten fünf Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als vier aufeinander folgende Wochen ganz oder teilweise unterbrechen müssen? ja nein

Wenn ja: Grund	von wann / bis wann	geheilt
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

- g) Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Krankheiten, Unfälle oder Operationen oder sind in nächster Zeit Operationen vorgesehen? ja nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung, Datum, Name und Adresse des behandelnden Arztes.

- h) Liegen gesundheitliche Risikofaktoren vor (Rauchen, Alkohol, usw.) ja nein

Wenn ja, welche?

- i) Nahmen Sie in den letzten 5 Jahren oder nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente zu sich? ja nein

Wenn ja, welche? Grund?

- j) Körpergrösse cm
 Körpergewicht kg

3. Bestätigung und Unterschrift

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass er/sie

- die Gesundheitsfragen in diesem Formular vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet hat;
- zur Kenntnis nimmt, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht die PAT BVG berechtigt, die reglementarischen Leistungen auf die gesetzlichen BVG-Mindestleistungen zu kürzen.

Die PAT BVG kann bei Bedarf die Daten an ihren Vertrauensarzt oder Rückversicherer weitergeben. Sämtliche Daten werden streng vertraulich behandelt.

Ort und Datum

Unterschrift

**Personalvorsorgestiftung
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

Leitung und Vorsorge

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00
Fax +41 71 556 34 67
info@pat-bvg.ch

Ressort Immobilien

PAT BVG
Kapellenstrasse 5
3011 Bern

Tel. +41 31 330 22 62
pat-bvg.ch
immo@pat-bvg.ch