

Gesundheitserklärung zur Kollektivversicherung

Angaben der Vorsorgeeinrichtung

Name _____ Vertrags-Nr. _____
Strasse, Nr. _____ Kategorie _____
PLZ, Ort _____

Personalien

Name _____ Vorname _____
Strasse, Nr. _____ Geschlecht Mann Frau
PLZ, Ort _____ Zivilstand ledig verwitwet
Geburtsdatum _____ verheiratet
AHV-Nummer _____ Heiratsdatum _____
Beschäftigungsgrad _____ % geschieden
Scheidungsdatum _____
Sprache Deutsch Französisch Italienisch
Unterst.-pflicht ja nein
UVG-versichert ja nein

Grund der Gesundheitsprüfung

Leistungserhöhung _____ Per _____
Andere _____ Per _____

Arbeitsfähigkeit

Ist die zu versichernde Person zur Zeit und bei Beginn der Versicherung voll arbeitsfähig? ja nein
Wenn nein:
Grad der Arbeitsunfähigkeit _____ % Seit wann? _____
Hat sie einen Antrag für den Leistungsbezug bei einer Sozialversicherung (IV, UV, MV) oder einer
anderen Versicherung gestellt? (Sofern Entscheid vorliegt, bitte beilegen!) ja nein
Wenn ja, bei welcher? _____

Die zu versichernde Person und die Vorsorgeeinrichtung bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Person _____ Unterschrift Vorsorgeeinrichtung _____

Wichtig: Die Rückseite muss von der zu versichernden Person ausgefüllt und unterzeichnet werden!

