

## Gesundheitserklärung

Zuhanden unseres Rückversicherers, der PKRück, benötigen wir von Ihnen Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten. Im Falle einer Anzeigepflichtverletzung kann die PKRück und damit auch die Avanea Pensionskasse von den überobligatorischen Leistungen zurücktreten.

Firmenname	<input type="text"/>	Vertrag Nr.	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse / Nr.	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	SV-Nr.	<input type="text"/>
E-Mail Privat	<input type="text"/>	berufl. Tätigkeit	<input type="text"/>

	Ja	Nein
1. Sind Sie voll arbeitsfähig? Falls <b>nein</b> , in welchem Masse sind Sie arbeitsunfähig <input type="text"/> %?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was ist der Grund der Arbeitsunfähigkeit? <input type="text"/>		
2. Falls Sie eine der folgenden Fragen mit <b>JA</b> beantworten, <b>füllen Sie bitte die nächste Seite aus.</b>		
<b>2a</b> Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ununterbrochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2b</b> Hatten Sie in den letzten 24 Monaten mehr als vier Konsultationen oder Behandlungen (ohne Impfungen, Grippe, Zahnarzt und gynäkologische Routineuntersuchungen) bei einem Arzt oder Psychologen/Psychiater?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2c</b> Sind Sie in Behandlung bei einem Arzt oder Psychologen/Psychiater, bei welchem die Behandlung noch nicht definitiv abgeschlossen ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2d</b> Haben Sie in den letzten 24 Monaten rezeptpflichtige Medikamente (ohne Empfängnisverhütung) länger als 4 Wochen eingenommen oder verschrieben bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2e</b> Haben Sie in den letzten 24 Monaten illegale Drogen konsumiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2f</b> Haben Sie jemals infolge Krankheit oder Unfall Renten und/oder Taggelder länger als 6 Wochen bezogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hat bei Ihnen jemals ein HIV-Test das Resultat HIV-positiv ergeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Geben Sie Ihre Körpergrösse ( <input type="text"/> cm) und Gewicht ( <input type="text"/> kg) an.		
5. Besteht/bestand bei Ihrer Pensionskasse jemals ein Gesundheitsvorbehalt oder wurden Mehrprämien erhoben? Falls ja, bitte Kopie des Vorbehalts/Mehrprämien beilegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Erklärung der zu versichernden Person

Ich bestätige, die in der Gesundheitserklärung gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich ermächtige die Ärzte, die mich behandelt und untersucht haben, dem Vertrauensarzt der PKRück alle nötigen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand vertraulich zu erteilen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

**Zusatzangaben zu Fragen 2a bis 2c**

Wie lautet(e) die Diagnose bzw. welche Beschwerden haben oder hatten Sie?	Seit wann?	Ist die Behandlung abgeschlossen?	Bestehen Folgen oder sind Rückfälle/Komplikationen zu erwarten?	Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:
		<input type="radio"/> Ja, seit <input type="radio"/> Nein		
		<input type="radio"/> Ja, seit <input type="radio"/> Nein		
		<input type="radio"/> Ja, seit <input type="radio"/> Nein		

**Zu Frage 2d**

Name des rezeptpflichtigen Medikamentes:	Dosierung	Seit wann?	Ist die Behandlung abgeschlossen?	Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:
			<input type="radio"/> Ja, seit <input type="radio"/> Nein	
			<input type="radio"/> Ja, seit <input type="radio"/> Nein	
			<input type="radio"/> Ja, seit <input type="radio"/> Nein	

**Zu Frage 2e**

Welche illegalen Drogen haben Sie konsumiert/konsumieren Sie?	Wie viel und wie häufig?	Geben Sie bitte die Dauer an:

**Zu Frage 2f**

Aus welchem Grund haben Sie Renten und/oder Taggelder bezogen?	von	bis

Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert ist:

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person