

Gesundheitsprüfung bei Leistungsverbesserung / Einkauf Säule 2a

Personalangaben	Name	_____
	Vorname	_____
	Strasse, Nr.	_____
	PLZ, Ort	_____
	AHV-Nummer (11-stellig)	_____

Fragen an die zu versichernde Person

•	Hatten Sie in den letzten 5 Jahren oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Störungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
•	Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung oder Kontrolle und/oder in der Behandlung eines Chiropraktikers?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, bei wem?	Name _____	
	Adresse:	Strasse, Nr. _____	
		PLZ, Ort _____	
•	Nehmen Sie Medikamente zu sich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, - Weshalb?	_____	
	- Welche?	_____	
	- Wie oft?	_____	
	Behandelnder Arzt?	Name, Adresse _____	
•	Hausarzt?	Name, Adresse _____	

Wenn Sie mindestens eine der vorstehenden Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, sind auch die Fragen 1-17 zu beantworten, Andernfalls ist die Frage 18 zu beantworten und die Erklärung am Schluss des Formulars zu unterzeichnen.

1.	Sind Sie jemals operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.	Weilten Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium, Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.	Bestehen bei Ihnen Unfallfolgen oder liegt eine Körperbehinderung vor (z.B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Tragen von Knochenfixationsmaterial, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Wurden Sie mit Röntgenstrahlen oder radioaktiven Substanzen behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.	Mussten Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.	Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus oben nicht erwähnten Gründen behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie eine der Fragen 1 – 7 mit „ja“ beantwortet haben, sind auch die Fragen unter Punkt 8 zu beantworten. Andernfalls Fortsetzung mit Frage 9.

18. Sind für Sie bereits Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität versichert oder wird ein entsprechender Versicherungsschutz anderweitig beantragt? Wenn ja, bei welchem Versicherer und in welcher Höhe?

Name des Versicherers	Taggeld		Invalidenrente	
	Mit Unfall CHF	ohne Unfall CHF	mit Unfall CHF	ohne Unfall CHF
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis / Akteneinsicht

Soweit für die **Durchführung der Personalvorsorge** (Risikoprüfung / Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) **erforderlich**, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs - bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber der Pensionskassenstiftung der schweizerischen Landwirtschaft und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, der Pensionskassenstiftung der schweizerischen Landwirtschaft bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die **konkret notwendigen Informationen** eingeholt, und sämtliche Daten werden durch die Pensionskassenstiftung der schweizerischen Landwirtschaft **streng vertraulich** behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der **vertragsmässigen Abwicklung** des Vorsorge - bzw. Versicherungsvertrages.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die Pensionskassenstiftung der schweizerischen Landwirtschaft im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Bitte einsenden an: Pensionskassenstiftung der schweizerischen Landwirtschaft,
Laurstrasse 10, 5201 Brugg AG 1