

Gesundheitserklärung

Dieses Formular ist von der zu versichernden Person auszufüllen.

Name/Vorname Geburtsdatum

Arbeitgeber Ort/Kanton

Firmen-Nr. Vorsorgeplan

Name/Adresse des Arztes, den Sie üblicherweise aufsuchen: Name

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Wann erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung?

Datum Grund

Körpergrösse (cm) Gewicht (kg) Blutdruck

Nr.	Zutreffendes bitte ankreuzen	Ja	Nein
1	Sind Sie zurzeit krank oder haben Sie gesundheitliche Probleme?	☐	☐
2	Sind Sie gegenwärtig in Behandlung bei einem Arzt, Chiropraktor, Therapeuten oder einer anderen medizinischen Fachperson?	☐	☐
3	Ist Ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit zurzeit eingeschränkt?	☐	☐
4	Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?	☐	☐
5	Bestehen Krankheits- oder Unfallfolgen?	☐	☐
6	Bestehen Missbildungen oder Geburtsgebrechen?	☐	☐
7	Benötigen Sie gegenwärtig regelmässig Medikamente?	☐	☐
8	Haben Sie in den letzten 5 Jahren an einer der folgenden Störungen, Krankheiten oder Beschwerden gelitten:	☐	☐
8.a	– der Atmungsorgane (Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungentuberkulose oder andere)	☐	☐
8.b	– des Herzens oder der Blutgefässe (erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzklopfen, Schlaganfall, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen, Krampfader, Gefässleiden, Gerinnungsprobleme, Leukämie oder andere)	☐	☐
8.c	– Stoffwechsel- oder Drüsenkrankheiten (Diabetes mellitus, Cholestrin, Gicht, Schilddrüsenfunktionsstörung, hormonelle Störungen, Blutarmut, Gerinnungsstörungen oder andere)	☐	☐
8.d	– psychiatrische oder neurologische Erkrankungen (Psychose, Burnout, Ohnmachtsanfälle oder andere)	☐	☐
8.e	– des Nervensystems oder der Psyche (Epilepsie, Schwindel, Lähmungen, Nervenentzündungen Depressionen oder andere)	☐	☐
8.f	– der Verdauungsorgane (Zwerchfellbruch, Magen- oder Darmgeschwüre bzw. Entzündungen, Blutungen, Hämorrhoiden, Gelbsucht, Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Bauchspeicheldrüse oder andere)	☐	☐
8.g	– der Harn- oder Geschlechtsorgane (Nieren-, Harnleiter-, Blasen- oder Prostatakrankheit, Steinleiden, Blut- oder Eiweissausscheidung im Urin, Geschlechtskrankheit oder andere)	☐	☐
8.h	– des Immunsystems oder Infektionskrankheit (AIDS, HIV-Infektion, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis, Tropenkrankheiten oder andere)	☐	☐
8.i	– der Haut (Ekzem, Allergien, Psoriasis, Pilzkrankung, Hautkrebs oder andere)	☐	☐
8.j	– des Bewegungsapparates: Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen (Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma, Diskushernie, rheumatologische Erkrankungen, Gelenkschmerzen, entzündliche und degenerative Erkrankung des Bewegungsapparates oder andere)	☐	☐
8.k	– der Augen (Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, Netzhauterkrankungen oder andere)	☐	☐
8.l	– des Gehörs (Schwerhörigkeit, Entzündungen oder andere)	☐	☐
8.m	– Krebskrankheiten	☐	☐
8.n	– Erkrankungen im Bereich Nase, Hals	☐	☐
8.o	– Neurovegetative Störungen, Allergien (ausgenommen allergische Rhinitis)	☐	☐
8.p	– andere physische Probleme (Knie, Ellbogen, Fussknöchel oder andere)	☐	☐
9	Sind oder waren Sie in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung?	☐	☐
10	Konsumieren Sie oder haben Sie wiederholt Drogen konsumiert?	☐	☐
11	Rauchen Sie und wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	☐	☐
12	Konsumieren Sie mehr als 3 Standarddrinks* pro Tag? *(1 dl Wein, 3 dl Bier, 2 cl Schnaps)	☐	☐

Gesundheitserklärung

Name/Vorname Geburtsdatum
Arbeitgeber Ort/Kanton
Firmen-Nr. Vorsorgeplan

Nr.	Zutreffendes bitte ankreuzen	Ja	Nein
13	Steht eine Behandlung (ambulant, teilstationär, Spital-/Kuraufenthalt) bevor?	☐	☐
14	Beziehen Sie oder haben Sie Leistungen (Taggeld, Rente oder andere) aus der Invalidenversicherung (IV), der Militärversicherung (MV), der Unfallversicherung (UV), einer anderen ähnlichen Institution (KV) bezogen? Wenn ja, bitte Kopie des Entscheides beilegen.	☐	☐
15	Bei Bezug einer Invalidenrente: Erfolgt die jetzige Anstellung im Rahmen einer Wiedereingliederung (IV Revision 6A)?	☐	☐
16	Besteht ein Vorbehalt bei einer vorangehenden Vorsorgeeinrichtung (oder Pensionskasse), bei einer privaten Versicherung (z.B. Lebensversicherung) und/oder bei einer anderen Sozialversicherung (z.B. Deckung bei einer Krankversicherung)?	☐	☐
17	Bei weiblichen Personen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja: war der bisherige Verlauf normal?	☐	☐

Wurde eine oder mehrere Fragen mit «ja» beantwortet, bitte die untenstehenden Details ergänzen.

Nr.	Krankheiten, Unfälle, Gebrechen, usw.	Datum der Behandlung	Behandlung abgeschlossen am	Name/Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals

Die zu versichernde Person bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Mit ihrer Unterschrift nimmt sie zur Kenntnis, dass Medpension bei verschwiegenen oder unrichtig mitgeteilten Gefahrentatsachen vom Vertrag zurücktreten und sich von der Leistungspflicht befreien kann. Die unterzeichnende Person ermächtigt Ärzte und weitere medizinische Leistungserbringer sowie Amtsstellen und andere Pensionskassen, die zur Risikobeurteilung erforderlichen medizinischen Auskünfte an Medpension zu erteilen.

Vollmacht

Die zu versichernde Person ermächtigt Medpension zur Einsichtnahme in Akten des behandelnden Arztes, des Familienarztes, der Invalidenversicherung, des Arbeitgebers, der Kranken- und Unfallversicherung, anderen Vorsorgeeinrichtungen und anderen Sozialversicherungen. Zudem wird Medpension für die Beurteilung des Versicherungsrisikos zur Weitergabe der medizinischen Akten an den Vertrauensarzt ermächtigt. Medpension informiert die versicherte Person in jedem Fall über das Vorgehen.

Ort/Datum

Unterschrift der versicherten Person

.....

Vertraulich
Medpension vsao asmac
Vertrauensarzt
Brunnhofweg 37
Postfach 319
3000 Bern 14

Vertraulich
Medpension vsao asmac
Vertrauensarzt
Brunnhofweg 37
Postfach 319
3000 Bern 14