

Selbstauskunft für die berufliche Vorsorge

Vertrag Nr. _____ Name des Arbeitgebers _____

Zu versichernde Person

Name, Vorname _____ Eintrittsdatum _____

Geburtsdatum _____ berufliche Tätigkeit _____ Jahreslohn CHF _____

- | <input type="checkbox"/> Bitte Zutreffendes mit X ankreuzen. | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Grösse _____cm Gewicht _____kg | | |
| 2. Bestehen bei Ihnen gegenwärtig gesundheitliche Störungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie durch ein Gebrechen körperlich, geistig oder psychisch behindert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bestehen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als 4 Wochen mit der Arbeit aussetzen müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Waren Sie in den letzten 12 Monaten erwerbsunfähig?
wenn ja: Grad der Erwerbsunfähigkeit _____% vom _____ bis _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Beziehen Sie ein Taggeld oder eine Rente in Folge Erwerbsunfähigkeit/Invalidität?
wenn ja: <u>Kopie des Renten-/Taggeldentscheids</u> beilegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher Behandlung, die mehr als 4 Wochen dauerte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mussten Sie sich in den letzten 5 Jahren mehreren ärztlichen Kontrollen unterziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie in den letzten 3 Jahren Ärzte, Naturheilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychologen konsultiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie sich jemals einer Operation unterzogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ist bei Ihnen eine Operation oder ein Spitalaufenthalt vorgesehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wurde bei Ihnen jemals ein AIDS-Test durchgeführt, der das Resultat HIV-positiv ergab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Rauchen Sie? wenn ja: was? _____ wie viel täglich? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? wenn ja, welche? _____ wie viel täglich? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Nehmen oder nahmen Sie irgendwelche Drogen oder Rauschgifte zu sich? wenn ja, welche? _____ wie viel täglich? _____ wann zuletzt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Mussten Sie sich jemals einer Entziehungskur unterziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Mussten Sie sich jemals einer ärztlich angeordneten Badekur unterziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Müssen Sie auf ärztliche Weisung hin Medikamente zu sich nehmen? wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wurde Ihnen eine Diät verordnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Bestehen noch andere Lebensversicherungen mit Leistungen bei Tod oder Invalidität? wenn ja: Art und Höhe der Leistungen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte geben Sie nachfolgend Einzelheiten zu den mit "Ja" beantworteten Fragen an:

Ziffer	Ursache, Art der Krankheit, Zeitpunkt	Name und Adresse des Arztes/Spitals
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäss und vollständig beantwortet habe. Ich ermächtige die PAX, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (PAX) über meinen Gesundheitszustand an zuständiger Stelle ergänzende Auskünfte einzuholen. Die Befragten befreie ich von ihrer Schweigepflicht gegenüber der PAX. Die erhaltenen Auskünfte sind von der PAX vertraulich zu behandeln. Im Falle unvollständiger oder unwahrer Angaben kann die PAX oder die Vorsorgeeinrichtung die Leistungen kürzen oder von der Versicherung zurücktreten.

Ort und Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Person _____

Bitte senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Selbstauskunft an:

PAX, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, KOL/Risikoprüfung, Postfach, 4002 Basel