

Meldung / Eintritt umhüllender Plan mit Gesundheitsprüfung

1. Arbeitgeber

vom Arbeitgeber auszufüllen

Betrieb _____ Anschluss-Nr. _____

2. Personalien versicherter Mitarbeiter

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Geb. Datum _____ SV-Nr. 756. _____

Nationalität _____ Zivilstand _____

Eintritt _____ Jahreslohn CHF _____

Ort, Datum _____ Stempel /
Unterschrift _____

3. Gesundheitsprüfung

vom Arbeitnehmer auszufüllen

- a) Bestehen bzw. leiden Sie an den Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls? Ja **Nein**
- b) Benötigen Sie Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle? Ja **Nein**
- c) Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck, Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre, Geschwülste, Krebs, Diabetes, Nieren-, Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Gehörleiden, Infektions- oder andere Krankheiten? Ja **Nein**
- d) Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalls mehr als 4 Wochen (ununterbrochen) aussetzen? Ja **Nein**
- e) Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt der ein positives Resultat (HIV) ergab? Ja **Nein**
- f) Bestanden für Sie bei Ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung Einschränkungen aus gesundheitlichen Gründen (Vorbehalte, Beitragszuschläge, Ausschluss u.a.m.)? Ja **Nein**
- g) Erhalten Sie aktuell eine Teilrente der IV-, UV- oder Militärversicherung? Ja **Nein**
- h) Sind Sie gegenwärtig voll arbeitsfähig? **Ja** Nein

Falls Sie eine der **Positionen von a) – g) mit Ja beantworten**, benötigen wir nähere Angaben über die Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen. Ebenfalls ist uns der letzte Behandlungstermin mit Arztangaben sowie die Dauer des letzten Spitalaufenthalts mitzuteilen.

4. Ermächtigung / Unterschrift

Ich ermächtige alle Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben, dem ärztlichen Dienst der geschäftsführenden Lebensversicherungs-Gesellschaft Auskünfte über meinen Gesundheitszustand zu erteilen und entbinde sie hierfür vom Berufsgeheimnis. Ich nehme ferner zur Kenntnis, dass die BVG Sammelstiftung Matterhorn ihrerseits jede Haftung für Folgen ablehnt, welche sich aus verspäteter Anmeldung oder aus wahrheitswidrigen oder unvollständigen Angaben ergeben können.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____