

## Erweiterte Gesundheitsprüfung

bei Aufnahme in die Vorsorgestiftung

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Kategorie-Nr.

Sozialvers-Nr.  .  .  .

Die zu versichernde Person hat die nachstehenden Fragen selbst zu beantworten. Bitte jede Frage einzeln mit Ja oder Nein beantworten. Bei denjenigen Fragen, die mit Ja beantwortet werden müssen, sind die genauen Angaben bezüglich Zeitpunkt, Dauer, Heilung, allfälliger Folgen sowie die Anschrift des behandelnden Arztes einzutragen.

### Erklärung der zu versichernden Person

Name  Vorname

Geburtsdatum

Worin besteht Ihre berufliche Beschäftigung?

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

Wenn Sie eine der Fragen 1 bis 7 mit Ja beantwortet haben, sind auch die Fragen unter Punkt 8 zu beantworten. Andernfalls Fortsetzung bei Frage 9.

8. Frage Nr.	Welche Krankheit oder Operation? Welcher Unfall?	Wann? Wie lange? Geheilt? Folgen?	Behandelnder Arzt? (Name und Adresse)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Rauchen Sie?  Ja  Nein  
 Wenn ja, was?  Wie viel pro Tag?  Seit wann?
10. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren irgendwelche Rauschgifte (Drogen)?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche?

11. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Suchtprobleme (Medikamente, Alkohol, usw.)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Wie oft?

Wann zuletzt?

Behandelnder Arzt

(Name und Adresse)

12. Ist bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder fraglich positives Resultat ergab?  Ja  Nein

Wenn ja, untersuchender Arzt

(Name und Adresse)

13. Ist Ihre Sehfähigkeit eingeschränkt?

Ja  Nein

Wenn ja, können Sie (gegebenenfalls mit Brille oder Kontaktlinsen) mühelos einen Zeitungstext lesen?

Ja  Nein

14. Ist Ihre Hörfähigkeit eingeschränkt?

Ja  Nein

Wenn ja, kann dies mit einem Hörgerät vollständig korrigiert werden?

Ja  Nein

15. Ihre Körpergrösse?  cm

16. Ihr Körpergewicht?  kg

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 in CHF		Invalidenrente in CHF	
	Mit Unfall	Ohne Unfall	Mit Unfall	Ohne Unfall
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und den zuständigen Stellen der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband 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 Swiss Life bzw. der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrags.

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass die Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband bzw. Swiss Life die Leistungen bei falschen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kürzen oder ablehnen kann.

**Unterschrift**

Zu versichernde Person

Ort und Datum

Unterschrift

➔ Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die Swiss Life bzw. die Stiftung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Bitte einsenden an: Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband, Löwenstrasse 25, Postfach 2424, 8021 Zürich