

## Gesundheitserklärung

Von der versicherten Person auszufüllen

Firma \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

SV-Nr. \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

1. Leiden Sie gegenwärtig oder litten Sie in den letzten fünf Jahren an Krankheiten oder körperlichen und/oder psychischen Störungen – wobei jede gesundheitliche Beeinträchtigung zu deklarieren ist, ausgenommen belanglose, vorübergehende Beeinträchtigungen, die nach wenigen Tagen abgeklungen und nicht mehr aufgetaucht sind?  Ja  Nein
2. Sind sie gegenwärtig in ärztlicher und/oder therapeutischer Behandlung (beispielsweise Therapie bei einem Psychologen oder Alternativmediziner)?  Ja  Nein
3. Erlitten Sie in den letzten fünf Jahren einen Unfall?  Ja  Nein
4. Nehmen Sie gegenwärtig und/oder haben Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Schmerz-, Schlaf-, Aufputsch-, Betäubungsmittel (Drogen) oder Medikamente eingenommen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
5. Konsumieren Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Woche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
6. Rauchen Sie regelmässig? Wenn ja, wie viel pro Woche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
7. Bestand bei einer früheren Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt?  
Wenn ja, bitte Kopie des Vorbehaltsschreibens beilegen.  Ja  Nein
8. Beziehen Sie Leistungen der Eidg. Invaliden-, der Militär- oder einer Unfallversicherung, einer Vorsorgeeinrichtung oder einer ausländischen Sozialversicherung?  
Wenn ja, bei welcher (bitte Kopien der Anmeldung und Verfügung beilegen)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
9. Ist bei einer der erwähnten Einrichtungen ein Verfahren (Früherfassung oder Leistungen) gegenwärtig oder war ein solches in den letzten fünf Jahren hängig?  
Wenn ja, bei welcher? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
10. Körpergrösse in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie Seite 2

# Profond

Falls Sie mindestens eine der Fragen 1–4 mit Ja beantwortet haben, geben Sie uns bitte folgende Details dazu an:

Frage	Angaben zu den gesundheitlichen Störungen/Beschwerden	Von wann bis wann?	Arbeitsunfähigkeit von wann bis wann?	Behandelnde Ärzte, Therapeuten Spitäler (bitte genaue Adresse)
-------	---	--------------------	---------------------------------------	---

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

## Ergänzende Angaben

Adresse des Hausarztes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bestätige, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Im Falle unrichtiger oder unvollständiger Angaben kann Profond den überobligatorischen Vorsorgeschutz verweigern, wenn sie die Anzeigepflichtverletzung geltend macht. Ich ermächtige die Ärzte, die mich behandelt und/oder untersucht haben, dem medizinischen Dienst bzw. Vertrauensarzt von Profond, Profond sowie deren Rückversicherer und Vertrauensarzt alle Auskünfte über meinen Gesundheitszustand vertraulich zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person

Bitte direkt einsenden an: Profond Vorsorgeeinrichtung, Zollstrasse 62, 8005 Zürich