

Gesundheitserklärung

(Ergänzung zur Anmeldung – Seite 2)

Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? (bitte Versicherungsentscheide beilegen) ja nein

Wenn ja, seit wann? Grund

Bisherige Firma oder Vorsorgeeinrichtung

Adresse

Beziehen Sie infolge Krankheit oder Unfall eine Invalidenrente und/oder Taggelder?

- | | |
|---|---|
| a) der Krankenversicherung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| b) der Eidgenössischen Invalidenversicherung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| c) der Unfallversicherung (z.B. Suva)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| c) der Militärversicherung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| d) einer anderen Pensionskasse? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bitte Rentenentscheide und/oder Taggeldabrechnung beilegen.

Erklärung zur Anzeigepflicht und zum Datenschutz

Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht dazu führen kann, dass Leistungen reduziert oder verweigert und Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können.

Ich ermächtige die PV-PROMEA, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten weitergegeben werden, insbesondere an Rückversicherer sowie an Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört hat oder angehört.

Ich ermächtige die PV-PROMEA, bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden, Sozialversicherungen gemäss ATSG und Dritten Auskünfte zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs einzuholen, insbesondere bei der vorherigen Vorsorgeeinrichtung über eventuell erbrachte Leistungen. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflichten.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
