

**Erweiterte Gesundheitsprüfung** Vertragsnummer .....

**bei Aufnahme** (kollektive Lebensversicherung) Firma (Kurzname) .....

**bei Aufnahme / Leistungsverbesserung**  
(kollektive Krankengeldversicherung) Versichertennummer (AHV-Nr.) .....

Die zu versichernde Person hat die nachstehenden Fragen selbst zu beantworten. Sie kann das ausgefüllte Formular persönlich dem medizinischen Dienst von Swiss Life, Postfach, 8022 Zürich, zustellen.

### Erklärung der zu versichernden Person

Bitte jede Frage einzeln mit **"ja"** oder **"nein"** beantworten. Bei denjenigen Fragen, die mit "ja" beantwortet werden müssen, sind die genaueren Angaben bezüglich Zeitpunkt, Dauer, Heilung, allfälliger Folgen sowie die Anschrift des behandelnden Arztes einzutragen.

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) .....

In welcher Branche (Art des Geschäfts) sind Sie tätig? .....

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 - 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? Welche Unfälle?	Wann? Wie lange? Geheilt? Folgen?	Behandelnder Arzt? (Name und Adresse)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



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 .....  
 Adresse Strasse, Nr. ....  
 PLZ, Ort .....

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 .....  
 Adresse Strasse, Nr. ....  
 PLZ, Ort .....

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 diese mit einem Hörgerät vollständig korrigiert werden?  ja  nein

15. **Welches ist Ihre Körpergrösse?** ..... cm

16. **Welches ist 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 (CHF)		Invalidenrente (CHF)	
	mit Unfall	ohne Unfall	mit Unfall	ohne Unfall
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**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 sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life 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 streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Ort und Datum

**Unterschrift der zu versichernden Person**

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