

## Personalangaben

Vertrags-Nr.:	<input type="text"/>	Stiftung:	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>	Versichertengruppe:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse, Nr.:	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	AHV-Nr.:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich		

## Erklärung der zu versicherten 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.

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

Worin besteht Ihre berufliche Beschäftigung?

1. Sind Sie aus Gesundheitsgründen in Behandlung oder Kontrolle?  ja  nein

Wenn ja, weshalb?

Name, Adresse des Arztes / Spitals / der med. Fachperson

2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, weshalb?

Welche Medikamente?

Name, Adresse des Arztes / Spitals / der med. Fachperson

3. Ist Ihre Arbeitsfähigkeit in irgendeiner Weise eingeschränkt (ganz oder teilweise)?  ja  nein

Wenn ja, weshalb?

Name, Adresse des Arztes / Spitals / der med. Fachperson

4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen (ganz oder teilweise) arbeitsunfähig?  ja  nein

Grund der Arbeitsunfähigkeit

Name, Adresse des Arztes / Spitals / der med. Fachperson

Datum  
(Monat / Jahr)

Beginn der Behandlung  
(Monat / Jahr)

Dauer  
(Wochen)

Geheilt:  ja  nein

Folgen:  ja  nein

Wenn ja, welche?

5. Sind Sie in den letzten 10 Jahren in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht, behandelt oder operiert worden?  ja  nein

Grund der Gesundheitsstörung / Behandlung / Operation?

Name, Adresse des Arztes / Spitals / der med. Fachperson

Datum  
(Monat / Jahr)

Beginn der Behandlung  
(Monat / Jahr)

Dauer  
(Wochen)

Geheilt:  ja  nein

Folgen:  ja  nein

Wenn ja, welche?

6. Bestehen bei Ihnen Geburtsgebrechen, Körperbehinderungen oder Unfallfolgen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Welcher Arzt / welches Spital kann darüber am besten Auskunft geben?

7. Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte, Chiropraktiker, Osteopathen, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten oder andere im Gesundheitsbereich tätige Fachpersonen konsultiert?  ja  nein

Grund der Behandlung / Beratung?

Name, Adresse des Arztes / Spitals / der med. Fachperson

Datum (Monat / Jahr)  Beginn der Behandlung (Monat / Jahr)  Dauer (Wochen)

Geheilt:  ja  nein

Folgen:  ja  nein Wenn ja, welche?

8. Konsumieren Sie Raucherwaren?  ja  nein

Zigaretten  Zigarren  Pfeife Etwas anderes, was?

Seit wann?  Tägliche Menge

9. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren irgendwelche Drogen (inkl. Designerdrogen)?  ja  nein

Wenn ja, welche?

10. Haben Sie 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:

11. Ist bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt worden, der HIV-positives oder fraglich positives Resultat ergab?  ja  nein

Behandelnder Arzt? Name:

Adresse:

12. Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden?  ja  nein

- a) der Augen, wie Abweichungen von der normalen Sehschärfe, Sehschwäche, Netzhauterkrankungen oder andere?

Korrekturstärke (Dioptrien) links:  rechts:

Welcher Arzt / welches Spital kann darüber am besten Auskunft geben?

- b) des Gehörs, wie Schwerhörigkeit, Entzündungen, Tinnitus oder andere?

Welcher Arzt / welches Spital kann darüber am besten Auskunft geben?

13. Welches ist Ihre Körpergrösse?  cm

14. Welches ist Ihr Körpergewicht?  kg

15. Beziehen Sie Leistungen gemäss Eidgenössischer Invalidenversicherung (IV), Eidgenössische Militärversicherung (MVG), Unfallversicherung (UVG), Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG), einer ausländischen Sozialversicherung, einer anderen Versicherung oder haben Sie Leistungen beantragt?

ja  nein

Für welchen Invaliditätsgrad?  %

Von wem:

Adresse:  PLZ / Ort:

Bitte senden Sie uns eine aktuelle Kopie der Verfügung(en).

16. 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?

ja  nein

Name des Versicherers	Taggeld (CHF) mit Unfall	ohne Unfall	Invalidenrente (CHF) 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"/>

17. Besteht für Sie bereits ein medizinischer Vorbehalt?

ja  nein

Bitte legen Sie eine Kopie des Vorbehaltes bei (Medizinische Definition, Art, Beginn und Dauer)

#### Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung / Abwicklung des konkreten Vorsorgefalls) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherung, andere und frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber der Fortius Vorsorgestiftung, ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, die Fortius Vorsorgestiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt. Zudem ist die unterzeichnete Person damit einverstanden, dass die Fortius Vorsorgestiftung ihre Personalien und Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs innerhalb der Fortius Vorsorgestiftung weitergibt sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern übermittelt. Die Daten werden durch die Fortius Vorsorgestiftung streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

## Unterschrift

Zu versichernde Person

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

Bitte einsenden an: Fortius Vorsorgestiftung, Zürcherstrasse 170, Postfach 42, 9014 St.Gallen