

**Ituma Personalvorsorgestiftung**

c/o Assurinvest AG  
Frohburgstrasse 20  
8732 Neuhaus  
[info@assurinvest.ch](mailto:info@assurinvest.ch)

## Gesundheitsfragebogen

Für die Aufnahme in die Pensionskasse bitten wir Sie um rechtzeitige Zustellung der vollständig ausgefüllten Eintrittsmeldung.

### 1. Personalien der versicherten Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Heiratsdatum (Ziviltrauung): \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Arbeitstätigkeit: \_\_\_\_\_

Name/Adresse bisheriger Arbeitgeber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* **Die zu versichernde Person ist gesetzlich verpflichtet**, alle vorhandenen Mittel in ihre Vorsorgeeinrichtung einzubringen. Dies umfasst auch Austrittsleistungen, welche bei einer anerkannten Freizügigkeitseinrichtung (Freizügigkeitskonto bei einer Bank oder Freizügigkeitspolice bei einer Versicherung) deponiert sind.

### 2. Gesundheitsnachweis

2.1 Halten Sie sich gegenwärtig für vollständig gesund?  Ja  Nein  
Wenn nein, weshalb nicht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.2 Sind Sie Zurzeit vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig?  Ja  Nein  
Wenn nein, zu wie viel arbeits- bzw. erwerbsunfähig? \_\_\_\_\_ %

Beziehen Sie für diese krankheits- oder unfallbedingte Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit Leistungen\* von einem Kranken- oder Unfallversicherer?  Ja  Nein

Anmeldung bei der IV erfolgt?  Ja  Nein

IV-Verfügung\* liegt vor?  Ja  Nein

SUVA-Verfügung\* liegt vor?  Ja  Nein

\*Bitte falls ja, Kopie der Verfügung resp. von Leistungsabrechnungen beilegen.

2.3 Leiden Sie gegenwärtig an einer Krankheit oder an den Folgen einer Krankheit, einer Operation oder eines Unfalles?  Ja  Nein

Wenn ja, **Art der Krankheit resp. des Unfalls** angeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit: \_\_\_\_\_ Name / Adresse Arzt, Spital: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4 Waren Sie in den letzten 10 Jahren in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle?  Ja  Nein  
Wenn ja, **auf Grund welcher Krankheit/Unfall?**

---

---

---

Unterbruch: \_\_\_\_\_ Name/Adresse Arzt, Spital: \_\_\_\_\_  
(von-bis) \_\_\_\_\_

2.5 Mussten Sie die Arbeit während den letzten 5 Jahre aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 4 aufeinanderfolgende Wochen unterbrechen?  Ja  Nein

Wenn ja, **weshalb** und **Art der Krankheit resp. des Unfalls** angeben:

---

---

---

Unterbruch: \_\_\_\_\_ Name/Adresse Arzt, Spital: \_\_\_\_\_  
(von-bis) \_\_\_\_\_

2.6 Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_ Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_

2.7 Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Erklärung der zu versichernden Person und Einwilligung

Ich ermächtige Ärzte und Spitäler, dem medizinischen Dienst der Ituma Personalvorsorgestiftung im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit meiner Erklärungen abhängt und dass die Ituma Personalvorsorgestiftung bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

---

---