

Gesundheitserklärung

1. Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____ Grund? _____

Bisherige Vorsorgeeinrichtung inkl. Adresse _____

2. Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg

3. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben? ja nein

Wenn ja, vom _____ bis _____ Welche und warum? _____

Arzt (genaue Adresse) _____

4. Nehmen oder nahmen Sie Rauschgifte (Drogen) oder Suchtmittel? ja nein

Wenn ja, vom _____ bis _____ Welche? _____

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

Wann? _____

6. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, geistige oder seelische Krankheiten, Störungen oder ja nein

Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens? Wenn ja, welche?

Art der Krankheit / Unfall, Gebrechen, Behandlungen, Untersuchungen	von	bis	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt oder Spital mit genauer Adresse

Die UTA Sammelstiftung BVG behält sich das Recht vor, die Aufnahme zu den vertraglichen Versicherungsleistungen aufgrund eines ärztlichen Untersuchungsberichtes zu prüfen.

Bisherige Vorsorgeverhältnisse

Wir bitten Sie, uns den Versicherungsausweis der Vorsorgeeinrichtung Ihres vorherigen Arbeitgebers mit den versicherten Todesfall- und Invaliditätsleistungen beizulegen.

- Sind in der Vergangenheit Ansprüche auf Vorsorgeleistungen oder der Anspruch auf die Freizügigkeitsleistung verpfändet worden? ja nein

Wenn ja, wer ist Pfandgläubiger? _____

- Wurde die Freizügigkeitsleistung ganz oder teilweise für Wohneigentum vorbezogen? ja nein

Wann? _____ CHF _____

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 gegen mich geltend gemacht werden können.

Ich ermächtige die Verwaltungsstelle der UTA Sammelstiftung BVG, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten auch an Dritte weitergeleitet werden. Dies betrifft insbesondere den Rückversicherer sowie Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört hat oder angehört.

Ich ermächtige die Verwaltungsstelle der UTA Sammelstiftung BVG, bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden, Sozialversicherungen und Dritten Auskünfte zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs einzuholen, insbesondere bei den vorherigen Vorsorgeeinrichtungen über eventuell erbrachte Leistungen. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person