

Aufnahme-Fragebogen

1. Name Vorname
2. Arbeitgeber Funktion
3. Geschlecht M F
4. Geburtsdatum Sozialversicherungs-Nr.
5. Adresse PLZ und Wohnort
6. Telefon-Nr. E-Mail-Adresse
7. Zivilstand : ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft getrennt geschieden
8. Name und Vorname des Ehepartners (für Ehefrau bitte Mädchenname angeben)
9. Geburtsdatum des Ehepartners
10. Datum der Eheschliessung (für die Berechnung der FZL bei Eheschliessung)
11. Bisherige Vorsorgekasse Ja Nein (siehe beigelegtes Überweisungsformular)
 Wenn ja, vollständige Adresse
12. Freizügigkeitskonto Ja Nein (siehe beigelegtes Überweisungsformular)
 Wenn ja, vollständige Adresse
13. Für die Versicherten aus dem Ausland und für jene Schweizer, die aus dem Ausland zurückgezogen sind:
 Ankunftsdatum in der Schweiz
14. Vorbezug im Rahmen der Wohneigentumsförderung Ja Nein
 Wenn ja Betrag Datum
15. Verpfändung Ja Nein
 Wenn ja Betrag Datum

Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift

.....



Gesundheitserklärung

Name : **Vorname :** **Geburtsdatum:**

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bestehen bei Ihnen gegenwärtig gesundheitliche Störungen oder Gebrechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stehen Sie gegenwärtig wegen Krankheit, Unfallfolgen oder Operation unter laufender ärztlicher Kontrolle oder nehmen Sie Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit infolge Krankheit, Unfall oder Operation während mehr als 4 aufeinander folgenden Wochen aussetzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren unter einer der folgenden Krankheiten gelitten: Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhter Blutdruck, Fettsucht, Tuberkulose, Nieren-, Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Hörleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurde eine Krankheit oder Anomalie diagnostiziert, welche eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Beziehen Sie bereits eine IV-Rente und wenn ja, zu welchem Prozentsatz: ___ % | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls eine der oben stehenden Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde, bitte nähere Angaben, vor allem was den Grund, die Dauer der Abwesenheit und den Namen/Adresse des behandelnden Arztes, Spital usw. betrifft :

Frage Nr.	Gesundheitsbeschwerden	Wann, Dauer der Behandlung	Behandelnder Arzt, Spital

Ich bestätige, die oben stehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich entbinde alle Ärzte, bei denen der Vertrauensarzt der PKWAL Auskünfte einholt, vom Berufsgeheimnis. Im Falle unvollständiger oder unwahrer Angaben ist PKWAL befugt, nur die BVG-Minimalleistungen zu bezahlen.

Datum : **Unterschrift des Versicherten:**

Achtung, dieser Abschnitt ist nur vom Vertrauensarzt auszufüllen, falls nötig!

Aufgrund der von PKWAL angeordneten ärztlichen Untersuchung und gemäss Art. 3 des Reglements empfehle ich PKWAL, folgende Massnahmen zu ergreifen:

- Auferlegung eines Gesundheitsvorbehalts von ___ Jahren (Maximum 5 Jahre) für die Risikoleistungen (Invalidität und Todesfall)

Grund des Vorbehalts:

- kein Gesundheitsvorbehalt wird angebracht

Datum:

Unterschrift und Stempel des Vertrauensarzt PKWAL

Im Falle eines Gesundheitsvorbehalts werden nur die BVG-Minimalleistungen versichert