
Eintrittsmeldung

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|
| BVG-Versicherer | <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Vorsorge | <input type="checkbox"/> Walliser Vorsorge | |
| Krankentaggeld-Versicherer | <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances | <input type="checkbox"/> Hermes | <input type="checkbox"/> Avenir Versicherungen |
| | <input type="checkbox"/> SKBH | <input type="checkbox"/> Universa | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Fonction Publique | <input type="checkbox"/> La Caisse Vaudoise | |

Arbeitgeber

Firma/Unternehmung: _____ Nr. des Vertrages: _____
PLZ/Ort: _____ Kategorie (wenn nötig) : _____

Zu versichernde Person

| | | |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|
| Name: | Vorname: | Geschlecht: |
| Geburtsdatum: | AHV Nr.: | |
| Zivilstand: | Datum der Heirat: | Beruf: |
| Sprache (D/F/I): | Nationalität: | Ausländer-Ausweis: |
| Vollständige Adresse: | | |
| Eintrittsdatum: | AHV-Jahreslohn: Fr. | Beschäftigungsgrad in %: |

Für selbständigerwerbende Personen im Sinne der AHV, versichertes Jahreseinkommen Fr. _____

Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig? ja nein

Bezieht die zu versichernde Person von der IV-, vom UVG-, KVG oder anderen Versicherern Taggeld- oder Rentenleistungen? ja nein

Wenn ja, von welcher Versicherung: _____ Invaliditätsgrad in %: _____

Kopie der Verfügung beilegen.

Ort und Datum:

Unterschrift des Arbeitgebers:

Der beigefügte medizinische Fragebogen muß von der zu versichernden Person ausgefüllt werden.

Medizinischer Fragebogen (Vertraulich – von der zu versichernden Person auszufüllen)

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|
| BVG-Versicherer | <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Vorsorge | <input type="checkbox"/> Walliser Vorsorge | |
| Krankentaggeld-Versicherer | <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances | <input type="checkbox"/> Hermes | <input type="checkbox"/> Avenir Versicherungen |
| | <input type="checkbox"/> SKBH | <input type="checkbox"/> Universa | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Fonction Publique | <input type="checkbox"/> La Caisse Vaudoise | |

Name _____ **Vorname** _____ **Geburtsdatum** _____

Arbeitgeber _____

Name, Vorname und Adresse des Hausarztes oder des behandelnden Arztes : _____

- Sind Sie gesund? nein ja
- Waren Sie oder sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja
- Waren Sie in einem Spital oder ist ein Spitalaufenthalt vorgesehen? nein ja
- Waren Sie oder sind Sie zurzeit arbeitsunfähig? nein ja
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? nein ja
- Haben Sie Unfälle erlitten, deren Folgen zukünftige Behandlungen voraussehen lassen? nein ja
- Haben Sie sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen? nein ja
- Haben Sie sich ärztlich verordneten Badekuren unterzogen? nein ja
- Leiden oder litten Sie an Suchtkrankheiten (Drogen, Medikamente, Alkohol)? nein ja
- Haben Sie sich einem AIDS-Test unterzogen, dessen Resultat positiv ausgefallen ist? nein ja
- Ihre Körpergrösse und Körpergewicht? Grösse: _____ Zentimeter Gewicht: _____ Kilogramm

Wenn Sie alle Fragen von 2 bis 10 mit nein beantwortet haben, gehen Sie bitte direkt zu den Fragen 24 und folgende über.

Haben Sie derzeit oder hatten Sie in der Vergangenheit gesundheitliche Beschwerden oder haben Sie eine Veranlagung zu folgenden Krankheiten:

- Atmungsorgane (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungenentzündung)? nein ja
- Herz-Kreislauf-System (z.B. Herzbeschwerden, Blutdruck, Embolien, Krampfadern, Thrombosen)? nein ja
- Verdauungsapparat (z.B. Speiseröhre, Magen, Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm, Hämorrhoiden)? nein ja
- Knochen, Gelenke oder Muskeln (z.B. Rheuma, Arthrose, Osteoporose, Missbildungen)? nein ja
- Rücken (z.B. Diskushernie, Halswirbelsäulenerkrankungen, Ischias, Lumbalgie)? nein ja
- Augen oder Ohren? nein ja
- Nieren, Geschlechtsorgane, Blase, Prostata (z.B. Gallen- oder Nierensteine, Missbildungen, Tumore)? nein ja
- Nervensystem (z.B. Lähmungssymptome, Epilepsie, Migräne, Schwindelanfälle, Tumore)? nein ja
- Stoffwechsel- und Blutkrankheiten (z.B. Diabetes, Gicht, Anämie, Leukämie, Milzkrankung)? nein ja
- Drüsenkrankheiten (z.B. Schilddrüse, Nebennieren, Hypophyse)? nein ja
- Hautkrankheiten (z.B. Allergien, Ekzem, Psoriasis, Krebs)? nein ja
- Andere Erkrankungen, Missbildungen oder Geburtsgebrechen, die oben nicht erwähnt wurden? nein ja

24. Gibt es medizinische Auskünfte, die Sie auf der vorliegenden Erklärung lieber nicht angeben möchten? nein ja
Wenn ja, an welchen Arzt kann sich unser Vertrauensarzt wenden? _____

Für Frauen

- Leiden oder litten Sie an einer gynäkologischen Krankheit, Brustkrankheit oder Sterilität? nein ja
- Sind Sie schwanger? Wenn ja, voraussichtliches Datum der Niederkunft: _____ nein ja

Wenn Sie eine der Fragen zwischen 2 bis 23 mit ja beantwortet haben, ergänzen Sie bitte die nachstehende Tabelle:

| Punkt Nr. | Art der Krankheit oder des Unfalls (Diagnose, Arzneimittel) | Datum | Dauer der Behandlung | operiert | Arbeitsunfähigkeit | Geheilt ohne Folgen | Behandelnder Arzt Spital / Adresse |
|-----------|---|-------|----------------------|--|--|--|------------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Dauer: _____ <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Dauer: _____ <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Dauer: _____ <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein Dauer: _____ <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ |

Zusätzliche Fragen

- Haben Sie Ihren Anspruch auf Erwerbsausfallentschädigung bei einem anderen Versicherer bereits einmal ausgeschöpft?
 nein ja Bei welchem, wann? _____
- Beziehen Sie momentan eine Verdienstausfallentschädigung?
 nein ja
- Haben Sie sich schon bei einem anderen Versicherer für Krankentaggeld versichert?
 nein ja Für welchen Betrag? _____ Versicherer _____
- Wurde bei einem früheren BVG Vertrag oder einer Taggeldversicherung ein Vorbehalt angebracht oder erfolgte eine Ablehnung oder Kürzung bestimmter Leistungen? Wenn ja, Name des betroffenen Versicherer sowie Begründung. nein ja

- Wurde für Sie bei einem vorhergehenden Versicherer bereits ein Ausschluss angebracht? nein ja
- Rauchen Sie? nein ja
Wenn ja, was und wieviel pro Tag? _____

Erklärung der zu versichernden Person

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die obenerwähnten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und bestätige, dass die von einer Drittperson angegebenen Antworten meinen Anweisungen entsprechen. Für alle Fragen betreffend des vorliegenden Fragebogens entbinde ich Ärzte, anderes medizinisches Personal, Spitäler, frühere Versicherer und andere Versicherer von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer. Ich ermächtige den Versicherer, die notwendigen Daten zu verarbeiten. Die Zustimmung gilt auch während der Versicherungsdauer. Bei falscher oder unvollständiger Erklärung, werden die Leistungen vom Versicherer **verweigert**. Die BVG-Stiftung behält sich das Recht vor, den Beitritt aufgrund der erhaltenen Auskünfte zu überprüfen.

Bemerkungen:

Freizügigkeitsleistungen (FZL)

Name und Adresse der letzten Pensionskasse (Vertragsnummer):

Name und Adresse des letzten Arbeitgebers:

Wurde die Überweisung der FZL bei der derzeitigen Stiftung bereits beantragt? ja nein

Wurde die FZL verpfändet? ja, bei: _____ nein

Wurde die FZL zum Erwerb von Wohneigentum bezogen? ja, Datum: _____ nein

Ort und Datum:

Unterschrift der zu versichernden Person:
