

Gesundheitserklärung

Die Gesundheitserklärung ist nur auszufüllen, wenn der Brutto-Jahreslohn (= 12 oder 13 mal Brutto-Monatslohn) CHF 100'000.– übersteigt (Einreichung bei Neueintritt und/oder bei Gehaltserhöhung).

Das Formular muss von der versicherten Person selbst ausgefüllt werden und im Original per Post an die Pensionskasse SHP gesendet werden.

Versicherte Person

Name: Geburtsdatum:
Vorname: Mitglied-Nr.:
Arbeitgeber: Eintritt SHP per:

Gesundheitsfragen

1. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren längerdauernde, schwere Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja:
Wann? Dauer? Art der Krankheit? Behandelnde(r) Arzt/Ärztin?
.....
.....

2. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle oder mussten Sie sich einer Operation unterziehen? Ja Nein

Wenn ja:
Wann? Dauer? Art des Unfalles/der Operation? Behandelnde(r) Arzt/Ärztin?
.....
.....

3. Wie heisst Ihr(e) aktuelle(r) Hausarzt/-ärztin inkl. genauer Adresse?

.....
.....

4. Haben Sie Ihre(n) Hausarzt/-ärztin bzw. andere Ärzte in den letzten 3 Jahren konsultiert? Ja Nein

Wenn ja:
Wann? Weshalb? Behandelnde(r) Arzt/Ärztin?
.....
.....

5. Mussten Sie in den letzten 3 Jahren Ihre Arbeit aus Gesundheitsgründen länger als 1 Monat (teilweise oder vollständig) unterbrechen? Ja Nein

Wenn ja:
Wann? Weshalb? Wie lange? Zu wie viel %? Behandelnde(r) Arzt/Ärztin?
.....
.....

Gesundheitserklärung, Seite 2

6. Betrachten Sie sich gegenwärtig als vollkommen gesund und sind Sie deshalb voll arbeitsfähig?

Ja Nein

.....

7. Erhalten Sie bereits eine IV-Rente? Ja Nein

.....

wenn ja: wie hoch ist der IV-Grad ?

.....

(Bitte Kopie der IV-Verfügung beilegen)

Bestätigung

Die versicherte Person bestätigt, dass ihr das Vorsorgereglement der Pensionskasse SHP ausgehändigt oder der Link der Homepage der Pensionskasse SHP mitgeteilt wurde. Die versicherte Person ermächtigt die SHP, bei Eintritt eines Vorsorgefalls (Tod oder Invalidität) jederzeit bei Ärzten/Ärztinnen, Spitälern, Krankenkassen, BVG-Vorsorgeeinrichtungen, Sozialversicherungen (z.B. Eidg. IV, SUVA, Unfall- bzw. Krankenversicherungen) und anderen Einrichtungen, alle sie betreffenden Auskünfte einzuholen und alle Akten einzusehen.

Die genannten Personen und Einrichtungen sind von der Geheimhaltungspflicht gegenüber der Pensionskasse SHP befreit. Die Pensionskasse SHP ist ihrerseits zur Geheimhaltung verpflichtet.

Ort, Datum:

.....

Unterschrift versicherte Person:

.....

Bitte ausgefüllt und unterschrieben senden an:

Pensionskasse SHP, Postfach, 8953 Dietikon 1