

Ergänzende Angaben zur Anmeldung

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Berufliche Tätigkeit _____

Fragen zur Gesundheit

- 1 Waren Sie bei Versicherungsbeginn (bei Leistungserhöhungen im Zeitpunkt der Änderung) ganz oder teilweise arbeitsunfähig? (Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen) Ja Nein
- 2 Bestand ein Gesundheitsvorbehalt bei der vorherigen Vorsorgeeinrichtung? Ja Nein
- 3 Bestehen bei Ihnen zurzeit irgendwelche gesundheitliche Störungen oder Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens? Ja Nein
- 3 Benötigen Sie regelmässig Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher oder medizinischer Behandlung oder Beobachtung? Ja Nein
- 4 Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck, Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre, Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen oder Gehörleiden oder andere hier nicht aufgeführte Krankheiten oder Störungen? Ja Nein
- 5 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalles mehr als 4 Wochen ganz oder teilweise aussetzen? Ja Nein
- 6 Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinem normalen Ergebnis führten (Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Blutuntersuchung oder andere besondere Untersuchungen)? Ja Nein

Falls Sie eine der obigen Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage Nr.	Von wann bis wann?	Krankheiten, Beschwerden Störungen	Behandelnde Ärzte, Spitäler, Adresse?	<input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> nicht geheilt
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	

Bemerkungen

Zusatzangaben bei Stellenwechsel

Waren Sie bei Ihrem letzten Arbeitgeber im Rahmen einer beruflichen Vorsorge versichert?
Wenn ja, bitten wir Sie um folgende Angaben (vollständige Angaben garantieren Ihnen die
Erhaltung des bisherigen Vorsorgeschutzes):

Firma oder Vorsorgeeinrichtung (Name, Strasse, PLZ und Ort)

Versicherungs-Gesellschaft

Erklärung

Ich ermächtige Ärzte und Spitäler sowie meine bisherige Vorsorgeeinrichtung, der Pensionskasse der Stadt Frauenfeld im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen. Ich nehme davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass die Pensionskasse der Stadt Frauenfeld bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person
