



SSO-Vorsorgestiftung für zahnmedizinische Berufe

Münzgraben 2, 3000 Bern 7, Tel. 031 312 10 91, Fax 031 311 74 70

Medizinischer Fragebogen BVG

Vertrags-Nr. _____

AHV-Nr. _____

bei Aufnahme in die berufliche Vorsorge oder bei Leistungserhöhungen

Jede Frage muss einzeln und genau beantwortet werden. Die diesen Fragebogen unterzeichnende Person bleibt für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Antworten verantwortlich, auch wenn eine Drittperson die Antworten ausfüllt. Die unterzeichnende Person kann das ausgefüllte Formular dem medizinischen Dienst von Swiss Life, Postfach 2831, 8022 Zürich, zustellen.

Erklärung der zu versichernden Person					
Bitte jede Frage einzeln mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Zeichen und Striche sind unzulässig. Bei denjenigen Fragen, die mit „ja“ beantwortet werden müssen, sind genaue Angaben bezüglich Zeitpunkt, Dauer, Heilung, allfälligen Folgen sowie die Anschrift des behandelnden Arztes einzutragen.					
Familienname (bei Frauen auch Mädchename angeben)					
Vornamen (Rufnamen unterstreichen)					
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)					
Versicherungsbeginn resp. Beginn Leistungserhöhung					
Wie viele Stunden sind Sie im Sinne der Richtlinien der SSO zahnärztlich tätig?	_____ Std./Woche				
1. Sind Sie gegenwärtig voll oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
2. Sind Sie gegenwärtig oder periodisch in Behandlung oder Kontrolle bei einem Arzt, einem Psychotherapeuten oder einem Chiropraktiker?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
3. Sind Sie jemals operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
4. Weilten Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
5. Bestehen bei Ihnen Unfallfolgen oder liegt eine Körperbehinderung vor (z.B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Tragen von Knochenfixationsmaterial etc.)?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
6. Wurden Sie mit Röntgenstrahlen oder radioaktiven Substanzen behandelt?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
7. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
8. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
9. Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus oben nicht erwähnten Gründen behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
Wenn Sie eine der Fragen 1 - 9 mit „ja“ beantwortet haben, sind auch die Fragen unter Punkt 10 zu beantworten. Andernfalls Fortsetzung bei Frage 11.					
10.	Frage Nr.	Welche Krankheit oder Operation? Welcher Unfall?	Wann? Geheilt?	Wie lange? Folgen?	Behandelnder Arzt? (Name und Adresse)

➔ Bitte auch Rückseite vollständig ausfüllen

11. Nehmen Sie ärztlich verordnete Medikamente ein? ja nein

Wenn ja: Welche? _____
 Behandelnder Arzt (Name/Adresse): _____

12. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja: Was? _____
 Wieviel pro Tag? _____
 Seit wann? _____

13. Nehmen / nahmen Sie in den letzten 5 Jahren irgendwelche Betäubungsmittel (Drogen)? ja nein

Wenn ja: Welche? _____

14. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Suchtprobleme (Medikamente, Alkohol usw.) ja nein

Wenn ja: Welche? _____
 Wie oft? _____
 Wann zuletzt? _____
 Behandelnder Arzt (Name/Adresse) _____

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

Wenn ja:
 Untersuchender Arzt (Name/Adresse) _____

16. Ist Ihre Sehfähigkeit eingeschränkt? ja nein

Wenn ja, können Sie (gegebenenfalls mit Brille oder Kontaktlinsen) mühelos einen Zeitungstext lesen? ja nein

17. Ist Ihre Hörfähigkeit eingeschränkt? ja nein

Wenn ja, kann diese mit einem Hörgerät vollständig korrigiert werden? ja nein

18. Welches ist Ihre Körpergrösse? _____ cm

19. Welches ist Ihr Körpergewicht? _____ kg

Sind für Sie bereits Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität versichert oder wird ein entsprechender Versicherungsschutz anderweitig beantragt? Wenn ja, bei welchem Versicherer und in welcher Höhe?

Name des Versicherers	Taggeld		Invalidenrente	
	mit Unfall CHF	ohne Unfall CHF	mit Unfall CHF	ohne Unfall CHF
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis / Akteneinsicht

Soweit für die **Durchführung der Personalvorsorge** (Risikoprüfung / Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) **erforderlich**, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankengeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs - bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life sowie den zuständigen Stellen der SSO-Vorsorgestiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life sowie der SSO-Vorsorgestiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die **konkret notwendigen Informationen** eingeholt, und sämtliche Daten werden durch Swiss Life bzw. die SSO-Vorsorgestiftung **streng vertraulich** behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der **vertragsmässigen Abwicklung** der Vorsorge bzw. der beantragten Versicherung.

Ort und Datum: _____ **Unterschrift der zu versichernden Person:** _____

_____, den _____

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben können Swiss Life bzw. die SSO-Vorsorgestiftung im Rahmen der gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen Leistungen kürzen, ablehnen oder von der Versicherung zurücktreten.