

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

Eintrittsdatum:

Arbeitgeber:

Berufliche Tätigkeit:

1. Körperbau Grösse (cm): _____ Gewicht (kg): _____
2. Sind Sie zurzeit 100% arbeits- und erwerbsfähig? JA NEIN
Wenn nein, Grund: _____
3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 4 Wochen hintereinander arbeitsunfähig? JA NEIN
4. Erfolgt die Anstellung aufgrund einer Umschulung oder einer Wiedereingliederungsmassnahme der Eidg. Invalidenversicherung oder haben Sie Invalidenleistungen beantragt? JA NEIN
5. Beziehen oder bezogen Sie Leistungen der Eidg. Invalidenversicherung (IV), der Unfall- oder Militärversicherung oder einer ausländischen Sozialversicherung? JA NEIN
Wenn ja, bitte Verfügung beilegen.
6. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher und / oder psychotherapeutischer Behandlung (mindestens 3 aufeinanderfolgende Konsultationen / Behandlungen)? JA NEIN
7. Sind Sie zurzeit in ärztlicher, psychotherapeutischer, therapeutischer Behandlung? JA NEIN
8. Stehen ärztliche Abklärungen, Behandlungen, Operationen bevor? JA NEIN
9. Bestehen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechens, die heute Ihre Arbeitsmöglichkeiten einschränken oder beeinträchtigen? JA NEIN
10. Nehmen / nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein? JA NEIN
Wenn ja, welche: _____
Dauer: _____
11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine Suchterkrankung erlitten? JA NEIN
Wenn ja, welche: _____
Dauer: _____
12. Besteht oder bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt aus gesundheitlichen Gründen? JA NEIN

Falls Sie eine der Fragen 3 - 12 mit "JA" beantwortet haben, bitten wir um genauere / zusätzliche Angaben:

Krankheit / Unfall / Beschwerden:

Wann / Dauer / Abschluss:

Behandelnder Arzt (Name, Adresse, Telefonnummer) / Spital (Name, Adresse, Telefonnummer):

Folgenlos geheilt: JA NEIN

Rechtliche Hinweise:

Aufgrund des Anstellungsvertrages hat die unterzeichnende Person der Vorsorge FinTec beizutreten. Sie bestätigt, das aktuelle Vorsorgereglement erhalten, gelesen, verstanden und in vollem Umfang anerkannt zu haben.

Sie erklärt sich damit einverstanden, dass die Vorsorge FinTec im Zweifelsfalle eine Gesundheitsprüfung durch den vertrauensärztlichen Dienst der Vorsorge FinTec verlangen kann.

Die unterzeichnende Person ermächtigt die Vorsorge FinTec bzw. den vertrauensärztlichen Dienst der Vorsorgestiftung ausdrücklich, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Krankenversicherern und Behörden, unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes, Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Vorsorgeschutzes und der Ausrichtung von Leistungen notwendig sind.

Die unterzeichnende Person bestätigt, den Gesundheitsfragebogen **richtig, sorgfältig, wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt** zu haben. Sie ist sich bewusst, dass die Vorsorge FinTec berechtigt ist, bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung der Fragen des Gesundheitsfragebogens, die versicherten Leistungen auf das vorgesehene gesetzliche Minimum der beruflichen Vorsorge zu beschränken.

Zustimmungserklärung für Gesundheitsfragebogen:

Sie werden darauf hingewiesen und erklären sich einverstanden, dass die **arcasia ag** die durch Sie zur Verfügung gestellten (besonders schützenswerten) Personendaten zum Zwecke der Durchführung der beruflichen Vorsorge unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen bearbeitet. Art. 85a BVG dient dazu als gesetzliche Grundlage. Zudem werden Sie auf unsere Datenschutzerklärung hingewiesen: www.arcasia.ch/seiten/datenschutzerklaerung.php.

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....

(versicherte Person)

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Gesundheitsfragebogen **ausschliesslich und vertraulich** an:

Vorsorge FinTec, c/o **arcasia ag**, Postfach, 3001 Bern

Vorsorge FinTec
c/o **arcasia ag**
Postfach
3001 Bern

Vorsorge FinTec
c/o **arcasia ag**
Postfach
3001 Bern