

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom et prénom:

Date de naissance:

Adresse:

N° de téléphone:

Date d'entrée:

Employeur:

Activité professionnelle:

1. Taille (cm): _____ poids (kg): _____
2. Jouissez-vous actuellement de votre pleine capacité de travail et de gain? OUI NON
Si non, pour quel motif: _____
3. Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, en incapacité de travail pendant plus de 4 semaines consécutives? OUI NON
4. Votre engagement intervient-il sur la base d'un reclassement ou d'une mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité fédérale (AI), ou avez-vous demandé des prestations d'invalidité? OUI NON
5. Percevez-vous ou avez-vous perçu des prestations de l'AI, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, ou d'une assurance sociale étrangère? OUI NON
Si oui, prière de joindre la décision.
6. Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, en traitement médical ou psychothérapeutique (au moins 3 consultations / traitements successifs)? OUI NON
7. Êtes-vous actuellement en traitement médical, psychothérapeutique ou thérapeutique? OUI NON
8. Des examens médicaux, des traitements ou des opérations sont-ils en vue? OUI NON
9. Les suites d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale restreignent ou affectent-elles aujourd'hui vos possibilités de travail? OUI NON
10. Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments de façon régulière au cours des 5 dernières années? OUI NON
Si oui, lesquels: _____
Durée: _____
11. Avez-vous souffert d'une addiction au cours des 5 dernières années? OUI NON
Si oui, laquelle: _____
Durée: _____
12. Faites-vous ou avez-vous fait l'objet d'une réserve pour raisons de santé auprès de votre précédente institution de prévoyance? OUI NON

Si vous avez répondu par «OUI» à une des questions 3 à 12, des renseignements plus détaillés / ou complémentaires doivent être fournis:

Maladie / accident / affection:

Quand / durée / fin:

Médecin traitant (*nom, adresse, n° de téléphone*) / hôpital (*nom, adresse, n° de téléphone*):

Guérison sans suite: OUI NON

Informations légales:

En vertu de son contrat de travail, la personne soussignée est tenue d'adhérer à Prévoyance FinTec. Elle confirme avoir reçu, lu et compris l'actuel règlement de prévoyance, qu'elle reconnaît dans son intégralité.

Elle accepte qu'en cas de doute, la Prévoyance FinTec puisse imposer un examen de santé par son service de médecins-conseils.

La personne soussignée autorise expressément la Prévoyance FinTec respectivement le service de médecins-conseils de la fondation de prévoyance, à fournir en tout temps des renseignements à des médecins, à d'autres fournisseurs de prestations, aux assureurs-maladie et aux autorités, ou à recueillir auprès de ces derniers les renseignements utiles pour juger de la couverture de prévoyance ainsi que de l'octroi des prestations et toujours dans le respect des prescriptions légales concernant la protection des données.

La personne soussignée confirme avoir complété **correctement et soigneusement, de manière véridique et complète** le présent questionnaire de santé. Elle est bien consciente que la Prévoyance FinTec se réserve le droit, en cas de réponses incomplètes ou non conformes à la vérité, de limiter les prestations assurées au minimum prévu par la LPP.

Déclaration de consentement du questionnaire de santé:

Vous êtes informé(e) et acceptez qu'**arcasia ag** traite les données personnelles (sensibles) mises à disposition par vous dans le cadre de l'exécution de la prévoyance professionnelle, conformément aux dispositions applicables en matière de protection des données. L'art. 85a LPP sert ici de base légale. Nous attirons encore votre attention sur notre déclaration de protection des données: www.arcasia.ch/seiten/datenschutzerklaerung.php.

Lieu et date:

Signature:

.....

.....

(personne assurée)

Veillez renvoyer ce questionnaire de santé, dûment complété et signé, **exclusivement et confidentiellement** à:

Prévoyance FinTec, c/o **arcasia ag**, case postale, 3001 Berne

Prévoyance FinTec
c/o **arcasia ag**
case postale
3001 Berne

Prévoyance FinTec
c/o **arcasia ag**
case postale
3001 Berne