

Firma: .....

**PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R VERSICHERTEN**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... AHV-Nr.: .....

**GESUNDHEITZUSTAND**

Fühlen Sie sich gesund?  ja  nein

Falls nein: weshalb oder aufgrund welcher Diagnose? Seit wann? Arzt, Spital, Adresse?  
.....  
.....

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen, die Auswirkungen auf Ihre Arbeitsfähigkeit haben können oder bei denen davon auszugehen ist, dass sie in den nächsten zwei Jahren Auswirkungen auf Ihre Arbeitsfähigkeit haben werden?  ja  nein

Falls ja: weshalb oder aufgrund welcher Diagnose? Seit wann? Arzt, Spital, Adresse?  
.....  
.....

Gibt es in Ihrer aktuellen Pensionskasse Vorbehalte zu Ihrem Gesundheitszustand oder einen Risikozuschlag? \*  ja  nein

\* **Erforderliche Dokumente:** Kopie des Vorbehalts und letzter Vorsorgeausweis.

Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt, Psychologen oder Therapeuten konsultiert oder eine Behandlung durchgeführt?  ja  nein

Falls ja: weshalb oder aufgrund welcher Diagnose? Wann? Dauer? Heilung ohne Folgeschäden? Arzt, Spital, Adresse?  
.....  
.....

Planen Sie einen Arztbesuch, einen Krankenhausaufenthalt einen Kuraufenthalt oder eine ambulante Operation?  ja  nein

Falls ja, weshalb? Wann? Arzt, Spital, Adresse?  
.....  
.....

**BESTÄTIGUNG DES/DER NEUEN MITARBEITENDEN**

Ich ermächtige hiermit die genannten Ärzte sowie die Vorsorgeeinrichtung, dem ärztlichen Dienst ihres Rückversicherers Informationen über meinen Gesundheitszustand und/oder meinen aktuellen Vorsorgeschutz zukommen lassen und meine Daten im Rahmen des vorliegenden Formulars zu verarbeiten. Der Rückversicherer der Fondation de prévoyance PROFMED & PROLIBERA verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die gestellten Fragen aufrichtig und vollständig beantwortet habe. Im Falle unrichtiger Informationen sind die Vorsorgeeinrichtung und ihr Rückversicherer berechtigt, Leistungen zu verweigern.

**ERGÄNZENDE INFORMATIONEN**

Bitte senden Sie uns das vorliegende Formular innert 10 Arbeitstagen zurück.  
Vorbehalte zum Gesundheitszustand gelten maximal 5 Jahre. Vorbehalte betreffend den vorherigen Gesundheitszustand werden von der Vorsorgeeinrichtung übernommen.

Ort, Datum: ..... Unterschrift des/r Versicherten: .....