

Gesundheitsfragebogen

Bitte vollständig ausfüllen, unterzeichnen und an die untenstehende Adresse retournieren.

PERSÖNLICHE ANGABEN DER VERSICHERTEN PERSON

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
AHV-Nr. (SVN):	_____	PIN:	_____
E-Mail:	_____	Zivilstand:	_____
Mobiltelefon:	_____	Telefon:	_____
Strasse:	_____	Website:	_____
PLZ, Ort:	_____	UID:	_____

BEHANDELNDER ARZT

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/Ort:
Telefon:	

Waren Sie **FRÜHER** bei einer **ANDEREN VORSORGEINRICHTUNG** versichert? ja nein

Name:

Adresse: PLZ/Ort:

1. Gab es einen Vorbehalt oder einen Prämienzuschlag bei Ihrer früheren Vorsorgeeinrichtung? ja* nein

*Seit wann:

*Wie lange:

*Grund:

AUSSTÄNDIGE ODER BEZAHLTE LEISTUNGEN

2. Stehen Leistungen der Invalidenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung oder einer anderen Sozialversicherung noch aus oder wurden sie bereits bezahlt? ja* nein

*Von wem:

*Grund:

3. PERSÖNLICHE FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

Grösse (cm):

Gewicht (kg):

4. Fühlen Sie sich derzeit völlig gesund und arbeitsfähig? ja nein*

*Grund:

5. Sind Sie derzeit in Behandlung oder ist eine künftige Behandlung durch einen Arzt oder Psychologen/Psychiater oder in einem Spital vorgesehen? ja* nein

*Grund, Kontaktdaten des Arztes:

6. Haben Sie in den letzten 24 Monaten illegale Substanzen zu sich genommen? ja* nein

*Art der Substanz, Häufigkeit:

7. Konsumieren Sie mehr als dreimal pro Woche alkoholische Getränke? ja nein

8. Rauchen Sie? ja* nein

*Was, wie oft und seit wann:

9. Waren Sie in den letzten fünf Jahren über drei Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig oder haben Sie Taggelder und/oder eine Invalidenrente infolge Krankheit oder Unfall bezogen? ja* nein

Wann, was, Folgen:

10. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren mehr als vier Untersuchungs- oder Behandlungstermine bei einem Arzt oder Psychologen/Psychiater (Impfungen, Grippe sowie zahnärztliche und gynäkologische Routineuntersuchungen ausgenommen)? ja* nein

*Wann, was, Folgen:

11. Haben Sie in den letzten 24 Monaten für über drei Wochen rezeptpflichtige Medikamente eingenommen (Verhütungsmittel ausgeschlossen) oder wurden Ihnen solche Medikamente verschrieben? ja* nein

*Grund, Dauer:

12. Haben Sie in den letzten fünf Jahren einen Arzt oder einen anderen Therapeuten aufgesucht infolge

a) eines Unfalls? ja* nein

*Grund, Datum:

b) einer Krankheit? ja* nein

*Grund, Datum:

ERKLÄRUNG

Ich erkläre, die obenstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen zu haben. Ich erlaube den Ärzten und anderen durch die Landwirtschaftliche berufliche Vorsorgestiftung bzw. deren Vertrauensarzt befragten Personen, Auskunft zu meiner Person zu erteilen. Ich erlaube dem Vertrauensarzt, der Stiftung die Gründe für einen allfälligen Gesundheitsvorbehalt mitzuteilen.

Dieser Fragebogen ist Teil des Gesundheitsdossiers der versicherten Person und verbleibt unter strenger Einhaltung des Arztgeheimnisses beim Vertrauensarzt.

Die Landwirtschaftliche berufliche Vorsorgestiftung kann bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgetreuen Antworten Leistungen **kürzen** oder **verweigern**. Ausserdem kann der Vertrauensarzt eine ärztliche Untersuchung auf Kosten der Stiftung anordnen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

.....

.....

<u>Dokument für die versicherte/anspruchsberechtigte Person</u>
Gesundheitszustand

Erklärung des Antragstellers:

Der beiliegende Gesundheitsfragebogen ist für die Bestätigung der bei der Landwirtschaftlichen beruflichen Vorsorgestiftung (FRP, Fondation Rurale de Prévoyance) beantragten Versicherungsdeckungen erforderlich.

Der Fragebogen muss von der versicherten Person vollständig, genau und wahrheitsgetreu ausgefüllt werden.

Dieser Fragebogen wird nur vom Vertrauensarzt der Stiftung (Adresse am Seitenende) gelesen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Vereinbarungen zwischen mir und dem Versicherungsvermittler in Bezug auf meinen Antrag und den Gesundheitsfragebogen den Versicherer erst dann binden, wenn dieser den Antrag schriftlich bestätigt.

Kopie der obenstehenden ERKLÄRUNG zum Gesundheitszustand:

Ich erkläre, die obenstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen zu haben. Ich erlaube den Ärzten und anderen durch die Landwirtschaftliche berufliche Vorsorgestiftung bzw. deren Vertrauensarzt befragten Personen, Auskunft zu meiner Person zu erteilen. Ich erlaube dem Vertrauensarzt, der Stiftung die Gründe für einen allfälligen Gesundheitsvorbehalt mitzuteilen.

Dieser Fragebogen ist Teil des Gesundheitsdossiers der versicherten Person und verbleibt unter strenger Einhaltung des Arztgeheimnisses beim Vertrauensarzt.

Die Landwirtschaftliche berufliche Vorsorgestiftung kann bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgetreuen Antworten Leistungen **kürzen** oder **verweigern**. Ausserdem kann der Vertrauensarzt eine ärztliche Untersuchung auf Kosten der Stiftung anordnen.

BESONDERE ANMERKUNGEN:

.....

.....

.....

.....

.....

Den Fragebogen bitte retournieren an:

Fondation rurale de prévoyance

Dr. François Rion

Avenue des Jordils 1

Case postale 1080

1001 Lausanne