

Gesundheitsfragebogen

Angaben zur versicherten Person

Vorname:	_____	Name:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geschlecht:	☐ Männlich ☐ Weiblich
AHV-Nr. (SVN):	756.	Beruf:	_____
Zivilstand:	_____	Seit:	_____
E-Mail:	_____	Telefon:	_____
Strasse:	_____		
PLZ, Ort:	_____		

Grösse (cm):	_____	Gewicht (kg):	_____
--------------	-------	---------------	-------

Behandelnder Arzt

Vorname:	_____	Name:	_____
Strasse, PLZ, Ort:	_____		

Medizinische Fragen

1	Waren Sie bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung versichert? *Name / Adresse der Einrichtung:	☐ ja* ☐ nein
2	Gab es einen Vorbehalt oder einen Prämienzuschlag bei Ihrer früheren Vorsorgeeinrichtung? *Seit wann / Dauer / Grund:	☐ ja* ☐ nein
3	Stehen Leistungen der Invalidenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung oder einer anderen Sozialversicherung noch aus oder werden sie ausbezahlt? *Von wem / Grund:	☐ ja* ☐ nein
4	Fühlen Sie sich derzeit völlig gesund und vollständig arbeitsfähig? *Falls nein, Grund:	☐ ja ☐ nein*
5	Sind Sie derzeit in Behandlung oder ist eine künftige Behandlung durch einen Arzt, einen Psychologen/Psychiater oder in einem Spital vorgesehen? *Grund / Kontaktangaben des Arztes:	☐ ja* ☐ nein
6	Haben Sie in den letzten 24 Monaten illegale Substanzen konsumiert? *Art der Substanz, Häufigkeit:	☐ ja* ☐ nein

7	Konsumieren Sie mehr als dreimal pro Woche alkoholische Getränke? *Häufigkeit und ungefähre Menge:	☐ ja* ☐ nein
8	Rauchen Sie? *Was, wie oft, seit wann:	☐ ja* ☐ nein
9	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen teilweise oder vollständig arbeitsunfähig, oder haben Sie Taggelder und/oder eine Invalidenrente infolge Krankheit oder Unfall bezogen? *Wann / Grund / Folgen:	☐ ja* ☐ nein
Aktueller Zustand: ☐ Geheilt ☐ Nicht geheilt		
10	Hatten Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 4 Konsultationen oder Behandlungen (Impfungen, Grippe, Zahnarzt und gynäkologische Routineuntersuchungen ausgenommen) bei einem Arzt oder Psychologen/Psychiater? *Wann / Grund / Folgen :	☐ ja* ☐ nein
Aktueller Zustand: ☐ Geheilt ☐ Nicht geheilt		
11	Haben Sie in den letzten 24 Monaten rezeptpflichtige Medikamente eingenommen (Verhütungsmittel ausgenommen) oder wurden Ihnen solche für mehr als 3 Wochen verschrieben? *Grund / Medikamente / von wann bis wann:	☐ ja* ☐ nein
12	Haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen eines Unfalls einen Arzt oder einen anderen Therapeuten aufgesucht? *Grund / Datum:	☐ ja* ☐ nein
Aktueller Zustand: ☐ Geheilt ☐ Nicht geheilt		
13	Haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Krankheit einen Arzt oder einen anderen Therapeuten aufgesucht? *Grund / Datum:	☐ ja* ☐ nein
Aktueller Zustand: ☐ Geheilt ☐ Nicht geheilt		

Erklärung

Ich bestätige, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäss beantwortet und nichts verschwiegen zu haben. Ich ermächtige die Ärzte und anderen von der Fondation rurale de prévoyance und/oder ihrem Vertrauensarzt befragten Personen, über meine Person Auskunft zu erteilen. Ich ermächtige den Vertrauensarzt, der Stiftung die Gründe für einen allfälligen Gesundheitsvorbehalt mitzuteilen.

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Gesundheitsdossiers der versicherten Person und unterliegt dem strengen Schutz des ärztlichen Schweigegebots. Die Fondation rurale de prévoyance bearbeitet ausschliesslich die für die Erfüllung ihrer Aufgabe der beruflichen Vorsorge notwendigen Daten. Weitere Informationen sind unter www.prometerre.ch/frp-lpd verfügbar.

Die Fondation rurale de prévoyance kann bei unvollständigen oder unwahren Antworten Leistungen **kürzen** oder **verweigern**. Ausserdem kann der Vertrauensarzt eine ärztliche Untersuchung auf Kosten der Stiftung anordnen.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Informationshinweis zum Gesundheitsfragebogen

Zweck des Gesundheitsfragebogens

Der vorliegende Gesundheitsfragebogen dient der Überprüfung der bei der Fondation rurale de prévoyance (FRP) beantragten Versicherungsdeckungen.

Der Fragebogen ist von der versicherten Person vollständig, genau und wahrheitsgemäss auszufüllen.

Der Fragebogen wird im Rahmen der Verfahren der Fondation rurale de prévoyance bearbeitet. Er wird insbesondere an den Vertrauensarzt der Stiftung zur medizinischen Beurteilung weitergeleitet.

Warum ein Gesundheitsfragebogen?

Im Rahmen der beruflichen Vorsorge können die überobligatorischen Leistungen (d.h. über das gesetzliche BVG-Minimum hinaus) eine medizinische Prüfung vorsehen.

Der Gesundheitsfragebogen ermöglicht der FRP Folgendes:

- Das Risiko im Zusammenhang mit den Invaliditäts- und Todesleistungen des überobligatorischen Teils zu beurteilen;
- Die geeigneten Deckungsbedingungen festzulegen (z. B. einen allfälligen, zeitlich begrenzten Gesundheitsvorbehalt gemäss Reglement), um Versicherungslücken oder nicht garantierbare Leistungsverpflichtungen zu vermeiden;
- Das Gleichgewicht des Kollektivs und die Nachhaltigkeit der Stiftung zu gewährleisten.

Mögliche Folgen der medizinischen Beurteilung

Nach der Prüfung kann der Vertrauensarzt der Stiftung:

- **Die Deckung vorbehaltlos akzeptieren:** die Leistungen bei Tod und Invalidität des überobligatorischen Teils sind in vollem Umfang versichert;
- **Die Deckung mit Gesundheitsvorbehalt akzeptieren:** ein Vorbehalt kann für bestimmte bestehende Erkrankungen eingetragen werden. Er ist zeitlich begrenzt und wird schriftlich mitgeteilt. Während dieser Zeit können die Leistungen im Zusammenhang mit der betreffenden Erkrankung gekürzt oder ausgeschlossen werden;
- **Die Deckung der Risiken Tod und Invalidität ablehnen:** wenn das Risiko als erheblich erhöht eingestuft wird, kann die Deckung ausgeschlossen werden.

Ihre Rechte und Pflichten

Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens verpflichten Sie sich, vollständige und aufrichtige Antworten zu geben.

- Sie können erfragen, welche Sie betreffenden Daten von der Stiftung bearbeitet werden.
- Ihre medizinischen Daten werden vom Vertrauensarzt der Stiftung vertraulich und unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht bearbeitet.
- Unvollständige oder unrichtige Antworten können eine Kürzung oder Verweigerung von Leistungen zur Folge haben.
- Sie ermächtigen die konsultierten Ärzte, dem Vertrauensarzt die notwendigen Auskünfte zu übermitteln.
- Der Vertrauensarzt kann, falls nötig, eine ergänzende ärztliche Untersuchung auf Kosten der Stiftung anordnen.

Rücksendung des Fragebogens

Bitte zurücksenden an:

Fondation rurale de prévoyance

z.Hd. des Vertrauensarztes

Avenue des Jordils 1

Postfach 1080

1001 Lausanne