



Déclaration de santé (à remplir par l'employé)

Nom / Prénom

de la personne assurée:

Date de naissance:

No. AVS:

Date d'entrée:

Déclaration de santé

1. Êtes vous actuellement (début de l'assurance) ou avez-vous été en incapacité de travail au cours des cinq dernières années précédant le début de l'assurance? ☐ oui ☐ non
2. Êtes-vous actuellement ou avez-vous été en traitement médical au cours des cinq dernières années précédant le début de l'assurance? ☐ oui ☐ non
3. Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié au cours des cinq dernières années précédant le début de l'assurance de prestations d'une assurance indemnité journalière, de l'assurance-invalidité, d'une caisse de pension, de l'assurance militaire, accidents ou d'une autre assurance sociale suisse ou étrangère ou avez-vous fait des demandes dans ce sens? ☐ oui ☐ non

(Veuillez annexer les décisions ou décomptes.)

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions 1 à 3, nous vous prions de mentionner des indications plus précises dans le tableau ci-dessous.

Question	Quoi, pourquoi, degré de l'incapacité de travail, type de l'examen ou du traitement	du / au	guéri oui / non	adresse exacte de l'hôpital ou du médecin

En vertu de l'art. 6 du règlement, la CAISSE DE PENSION DES ÉTUDES DE NOTAIRES ET D'AVOCATS BERNOIS est autorisée à faire passer un examen de santé aux membres qui ne jouissent pas de leur pleine capacité de travail ou qui suivent un traitement médical lors de leur admission et cas échéant, à formuler des réserves pour les prestations de prévoyance en cas d'invalidité et de décès. La personne à assurer délie à cet effet l'ensemble des médecins du secret professionnel ainsi que toutes les autres compagnies d'assurance de leur obligation au secret. **Des questions d'ordre médical sont toujours posées sur la personne à assurer.**

La validité du contrat d'assurance dépend de l'exactitude des indications fournies. De fausses indications peuvent avoir pour conséquence le fait que la CAISSE DE PENSION DES ÉTUDES DE NOTAIRES ET D'AVOCATS BERNOIS refuse de verser des prestations ou les réduise au minimum 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:

.....

.....

CAISSE DE PENSION DES ÉTUDES DE
NOTAIRES ET D'AVOCATS BERNOIS

c/o **arcasia ag**

Case postale

3001 Berne

CAISSE DE PENSION DES ÉTUDES DE
NOTAIRES ET D'AVOCATS BERNOIS

c/o **arcasia ag**

Case postale

3001 Berne