

Gesundheitserklärung (von der zu versichernden Person auszufüllen)

Name / Vorname

zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungs-Nummer:

Eintrittsdatum:

Gesundheitserklärung

1. Sind Sie zurzeit (Versicherungsbeginn) bzw. waren Sie in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsbeginn arbeitsunfähig? ☐ ja ☐ nein
2. Stehen Sie zurzeit bzw. standen Sie in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsbeginn in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein
3. Beziehen Sie oder bezogen Sie in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsbeginn Leistungen einer Taggeldversicherung, der Invalidenversicherung, einer Pensionskasse, der Militär-, einer Unfall- oder einer anderen in- oder ausländischen Sozialversicherung oder sind Anträge dazu gestellt? ☐ ja ☐ nein

(Bitte Verfügungen oder Abrechnungen beilegen.)

Wenn eine der Fragen 1 bis 3 mit "Ja" beantwortet wurde, bitten wir um genauere Angaben in der nachstehenden Tabelle.

Frage	welche, weshalb, Grad der Arbeitsunfähigkeit, Art des Untersuchs bzw. der Behandlung	von / bis	geheilt ja / nein	genaue Adresse des Spitals oder des Arztes
-------	---	-----------	----------------------	---

.....				
.....				
.....				

Die PENSIONS KASSE BERNER NOTARIAT UND ADVOKATUR wird gemäss Art. 6 des Reglements ermächtigt, bei Mitgliedern, die bei Eintritt nicht voll arbeitsfähig sind oder sich in ärztlicher Behandlung befinden, eine Gesundheitsprüfung vornehmen zu lassen und gegebenenfalls Vorbehalte für Vorsorgeleistungen bei Invalidität und Tod anzubringen. Die zu versichernde Person entbindet in diesem Zusammenhang alle Ärzte vom Berufsgeheimnis sowie alle anderen Versicherungsgesellschaften von der Schweigepflicht. **Ärztliche Rückfragen werden immer über die zu versichernde Person angefordert.**

Die Gültigkeit des Versicherungsverhältnisses hängt von der Richtigkeit der gemachten Angaben ab. Falsche Angaben können dazu führen, dass die PENSIONS KASSE BERNER NOTARIAT UND ADVOKATUR die Leistungen verweigert oder auf das BVG-Minimum reduziert.

Zustimmungserklärung für Gesundheitserklärung:

Sie werden darauf hingewiesen und erklären sich einverstanden, dass die **arcasia ag** die durch Sie zur Verfügung gestellten (besonders schützenswerten) Personendaten zum Zwecke der Durchführung der beruflichen Vorsorge unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen bearbeitet. Art. 85a BVG dient dazu als gesetzliche Grundlage. Zudem werden Sie auf unsere Datenschutzerklärung hingewiesen: www.arcasia.ch/seiten/datenschutzerklaerung.php.

Ort und Datum:

Unterschrift der zu versichernden Person:

.....

.....

PENSIONSKASSE BERNER NOTARIAT
UND ADVOKATUR
c/o **arcasia ag**
Postfach
3001 Bern

PENSIONSKASSE BERNER NOTARIAT
UND ADVOKATUR
c/o **arcasia ag**
Postfach
3001 Bern