

Déclaration sur l'état de santé

A remplir intégralement (en lettres majuscules) et signer

Nom: _____ Prénom: _____
Rue . _____ NPA, Lieu: _____
N° AVS.: _____ Début du contrat: _____
Date de naissance: _____ Emploi: _____

Êtes-vous actuellement en bonne santé et disposez-vous de votre pleine capacité de travail sans douleurs et l'étiez-vous également pendant les 12 derniers mois ?

- oui
 non → Nature des douleurs _____

Avez-vous une maladie chronique (p.ex. diabète, hypertension) ou souffrez-vous de séquelles d'une maladie antérieure ou d'un accident antérieur ?

- non
 oui → Nature des douleurs _____

Avez-vous une infirmité congénitale ?

- non
 oui → Nature de l'atteinte _____

Prenez-vous une régulièrement des médicaments?

- non
 oui → Nom du médicaments _____
Posologie prescrite (fréquence) _____

Percevez-vous une rente de l'AI, d'une assurance-accidents ou des prestations d'un pays étranger ?

- oui → Depuis quand? _____
 non

Avez-vous déjà perçu une rente de l'AI, d'une assurance-accidents ou des prestations d'un pays étranger auparavant ?

non

oui → de - à? _____

Une procédure relative à une rente est-elle en cours auprès de l'AI, d'une assurance-accidents ou pour des prestations d'un pays étranger ?

non

oui → Etat / Autorité? _____

Ces dernières années, avez-vous eu une maladie grave (p. ex. avec hospitalisation), un accident grave ou avez-vous subi une opération ?

non

oui → Détails (type de maladie, accident, opération): _____

Nome et adresse de _____

L'hôpital ou de la clinique _____

Nom du médecin traitant _____

Durée du séjour de _____ à _____

Nom et adresse du _____

Médecin de famille _____

En traitement depuis le: _____

Je déclare par la présente avoir répondu de façon véridique et on intégralité aux questions précédentes en connaissance des conséquences de la rétention de renseignements ou de la fourniture de renseignements inexacts. La personne soussignée a connaissance des conséquences d'une fausse déclaration. J'autorise la caisse de pension à demander des renseignements complémentaires sur mon état de santé aux services compétents. Je libère la caisse de pension de son secret professionnel mais j'exige que de tels renseignements soient traités de manière confidentielle.

Lieu et date: _____

Signature: _____

*Cette déclaration doit être envoyée complétée et signée à notre adresse :
Pensionskasse der Saurer-Unternehmungen, Schlossgasse 4, 9320 Arbon*