AHV-KASSE METZGER
CAISSE AVS DES BOUCHERS
CASSA AVS DEI MACELLAI

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 34
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
www.ahvpkmetzger.ch

Adresser à:

Caisse de pensions des Bouchers
c/o Caisse de Compensation AVS
des Bouchers
Wyttenbachstrasse 24
Case postale
3000 Berne 22

Questionnaire de santé

à l'attention de la Caisse de pensions des Bouchers

Données personnelles de la personne assurée

Nom, Prénom: _____

Numéro AVS: _____ Date de naissance: _____

Rue et numéro: _____

NPA, lieu: _____

Questions sur l'état de santé

Présentiez-vous une incapacité de travail totale ou partielle à la date du début de l'assurance ou à la date de l'augmentation des prestations?

☐ Non ☐ Oui: Si l'AI a rendu une décision, veuillez joindre cette dernière.

Souffrez-vous de troubles de la santé, d'atteintes à la santé ou de séquelles d'une maladie ou d'un accident?

☐ Non ☐ Oui: Lesquels? _____

Depuis quand? _____

Médecins / hôpitaux _____

Adresse _____

Consultez-vous actuellement ou avez-vous consulté au cours des cinq dernières années pendant plus de quatre semaines un médecin, un chiropracteur ou un psychologue aux fins d'un traitement ou d'un contrôle, ou consommez-vous ou avez-vous consommé régulièrement des médicaments, des antidouleurs, des somnifères, des tranquillisants ou des drogues?

☐ Non ☐ Oui: Pour quelle(s) raison(s)? _____

De quand à quand? _____

Médecins / hôpitaux _____

Adresse _____

Au cours des cinq dernières années, avez-vous dû vous arrêter de travailler, entièrement ou partiellement, pendant plus de deux semaines (ininterrompues) en raison d'une maladie ou d'un accident?

☐ Non ☐ Oui: Pour quelle(s) raison(s)? _____

De quand à quand? _____

Médecins / hôpitaux _____

Adresse _____

Personne assurée

Nom, Prénom: _____

Numéro AVS: _____ Date de naissance: _____

Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi des examens tels que contrôles, radiographies, ECG, test HIV, etc., n'ayant pas donné de résultat normal (les examens génétiques ne doivent pas être mentionnés?

☐ Non ☐ Oui: Le(s)quel(s)? _____

Quand? _____

Médecins / hôpitaux _____

Adresse _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des cinq dernières années, d'un ou de plusieurs des troubles de santé / atteintes à la santé mentionnés ci-après: arthrose, asthme, maladies oculaires, bronchite, hypertension, taux de cholestérol trop élevé, maladies cardiaques, cancer, paralysies, sclérose en plaques, baisse de l'acuité visuelle ou auditive non corrigée, souffrances ou troubles psychiques, rhumatisme, troubles glandulaires / thyroïdiens, apoplexie cérébrale, affections de la colonne vertébrale, diabète ou d'autres maladies, symptômes ou troubles non repris dans cette liste?

☐ Non ☐ Oui: Le(s)quel(s)? _____

De quand à quand? _____

Médecins / hôpitaux _____

Adresse _____

Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi une opération (ambulatoire ou stationnaire), ou une opération est-elle prévue / recommandée?

☐ Non ☐ Oui: Le(s)quel(s)? _____

Quand? _____

Médecins / hôpitaux _____

Adresse _____

Réserve pour raisons de santé

Faites-vous l'objet d'une réserve pour raisons de santé auprès de votre ancienne caisse de pensions?

☐ Non ☐ Oui: Veuillez joindre une copie de la réserve.

Levée du secret professionnel ou de fonction et droit de consulter les dossiers

La personne à assurer autorise, dans le cadre de la présente assurance, tous les médecins, psychothérapeutes, physiothérapeutes, chiropracteurs et hôpitaux ainsi que son ancienne institution de prévoyance à fournir à la proparis et à l'organe de gestion de la Caisse de pensions des renseignements sur son état de santé et / ou sur sa couverture de prévoyance précédente et les libère à cette fin du secret professionnel. Elle prend par ailleurs connaissance du fait que la couverture d'assurance dépend de l'exactitude de la déclaration ci-dessus et que la Caisse de pensions, ou son organe de gestion, peut se départir du contrat de prévoyance si des informations incorrectes ont été fournies ou si certains faits ont été dissimulés.

Lieu, date: _____

Signature de la personne assurée: _____