

Déclaration de santé

A remplir complètement par la personne à assurer

| | | | |
|---------------------------|-------|--------------------------|-------|
| Nom | _____ | Prénom | _____ |
| Rue, numéro | _____ | NPA, lieu | _____ |
| Téléphone | _____ | E-mail | _____ |
| Date de naissance | _____ | N° AVS | _____ |
| Employeur | _____ | Activité professionnelle | _____ |
| Institution de prévoyance | _____ | | |

Motif de la demande

- Nouveau collaborateur
 Adaptation de salaire
 Nouvel affilié à l'œuvre de prévoyance

Informations sur la santé

1. Etes-vous en pleine capacité de travail? oui non
Si non, veuillez indiquer le degré de l'incapacité de travail _____ %
Quelle est la raison de votre incapacité de travail? _____
-
2. Si vous repondez à une des questions suivantes par **OUI**, veuillez remplir la page suivante.
- 2.1. Au cours des 5 dernières années, étiez-vous en incapacité de travail partielle ou totale pendant plus de trois semaines ininterrompues? oui non
- 2.2. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous en plus de 4 consultations ou traitements (vaccination, grippe, dentiste et examen gynécologique de routine **exclus**) auprès d'un médecin ou d'un psychologue/psychiatre? oui non
- 2.3. Suivez-vous actuellement un traitement auprès d'un médecin ou d'un psychologue/psychiatre? oui non
- 2.4. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance (contraception exclue) ou vous en a-t-on prescrit pour une durée de plus de 4 semaines? oui non
- 2.5. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consommé des drogues illégales? oui non
- 2.6. Avez-vous déjà bénéficié pendant plus de 6 semaines d'indemnités journalières et/ou d'une rente pour cause de maladie ou d'accident? oui non
-
3. Vous êtes-vous soumis(e) à un test de dépistage du sida qui a donné un résultat positif? oui non
-
4. Veuillez indiquer votre taille (_____ cm) et votre poids (_____ kg).
-
5. Votre caisse de pension, a-t-elle émis des réserves pour des raisons de santé ou a-t-elle prélevé une prime supplémentaire? oui non
Si oui, quelle était la raison? _____
Si oui, nous vous prions de joindre une copie de la réserve / de la prime supplémentaire.

Déclaration de la personne à assurer

Dans la mesure où la réalisation de la prévoyance professionnelle le requiert (examen du risque/traitement d'un cas concret de prévoyance), la personne signataire délivre l'Assurance Invalidité fédérale, l'Assurance Militaire, les Assureurs Accidents, les précédentes institutions de prévoyance, les Assurances Maladie et Assurances d'indemnités journalières, les éventuels assureurs étrangers ainsi que les médecins traitants, du respect du secret professionnel, resp. du secret administratif envers la Fondation et le Pool de Réassurance, c/o Société de consultation pour le 2ème pilier ainsi que la Pk Rück et donne pouvoir aux institutions et personnes susnommées de fournir, si besoin, les renseignements nécessaires et de permettre la consultation des documents correspondants.

Lieu, date _____ Signature _____

La Fondation peut, dans le cadre des dispositions légales, réduire ou refuser les prestations en cas de déclaration incorrecte ou incomplète. **Vous pouvez nous renvoyer ce formulaire directement (sans passer par votre employeur).**

Déclaration de santé
Personne à assurer: nom: _____ prénom: _____ N° AVS: _____

| | Quel est le diagnostic ou de quelles douleurs souffrez-vous? | Depuis quand? | Le traitement, est-il terminé? | Subsiste-t-il des suites / peut-on s'attendre à une rechute? | Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital: |
|-----------------------|--|---------------|--------------------------------|--|--|
| Questions 2.1. à 2.3. | 1 | _____ | _____ | <input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non | _____ |
| | 2 | _____ | _____ | <input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non | _____ |
| | 3 | _____ | _____ | <input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non | _____ |

| | Nom des médicaments prescrits? | Dosage: | Depuis quand? | Le traitement, est-il terminé? | Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital: |
|---------------|--------------------------------|---------|---------------|--|--|
| Question 2.4. | 1 | _____ | _____ | <input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non | _____ |
| | 2 | _____ | _____ | <input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non | _____ |
| | 3 | _____ | _____ | <input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non | _____ |

| | Quelles drogues illégales consommez-vous ou avez-vous consommées? | Combien et à quelle fréquence? | Veuillez indiquer la durée. | |
|---------------|---|--------------------------------|-----------------------------|-------|
| Question 2.5. | 1 | _____ | _____ | _____ |
| | 2 | _____ | _____ | _____ |
| | 3 | _____ | _____ | _____ |

| Question 2.6. | Pour quelle raison avez-vous bénéficié d'une rente et/ou d'indemnités journalières? | de: | à: |
|---------------|---|-------|-------|
| | _____ | _____ | _____ |

Nom et adresse du médecin qui a le plus d'informations sur votre situation de santé:

Lieu: _____ Signature: _____