

DÉCLARATION DE SANTÉ

A remplir complètement par la personne à assurer.

COORDONNÉES

Prénom _____ Nom _____
Rue _____ NPA, lieu _____
Téléphone _____ E-Mail _____
Date de naissance _____ N° AVS _____
Employeur _____ Activité professionnelle _____
Institution 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 répondez à une des questions suivantes par **OUI**, veuillez remplir la page 3:
- 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 eu 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.

PROCURATION ET CONSENTEMENT

Transmission de données pour l'évaluation des risques et procuration pour la collecte de données concernant la santé

L'admission dans la couverture d'assurance prévue peut être subordonnée à une évaluation des risques récente.

L'institution de prévoyance a délégué cette évaluation des risques à sa compagnie de réassurance PKRück SA

(www.pkruECK.com) pour qu'elle la traite. A cette fin, l'institution de prévoyance respectivement PKRück doit disposer de tous les droits nécessaires pour examiner vos indications sur le questionnaire de santé et demander d'autres informations relatives à la santé à des tiers. L'institution de prévoyance respectivement PKRück traite vos données concernant la santé afin d'évaluer les risques et, le cas échéant, d'établir une réserve.

DÉCLARATION DE SANTÉ

A remplir complètement par la personne à assurer.

Traitement de données par les compagnies de réassurance à des fins d'évaluation des risques

L'institution de prévoyance a fait réassurer les risques de décès et d'invalidité par PKRück. Dans certains cas, PKRück a elle aussi recours à des compagnies de réassurance. Afin que ces compagnies de réassurance puissent évaluer et contrôler le risque, l'institution de prévoyance respectivement PKRück leur présentera vos données de santé. Les compagnies de réassurance n'utilisent vos données à caractère personnel qu'aux fins précitées.

Procuration pour la collecte de données concernant la santé et consentement à la transmission de données

- Dans le cadre des informations que j'aurai données sur ma santé, j'autorise les médecins, psychologues, physiothérapeutes et psychothérapeutes qui me traitent ainsi que toute autre personne ayant une formation médicale à transmettre à l'institution de prévoyance respectivement à PKRück tous les renseignements et documents relatifs à mon état de santé et à d'éventuels traitements en vue de procéder à l'évaluation des risques. Je libère les personnes précitées ainsi que les employés desdites institutions de leur devoir de confidentialité à l'égard de l'institution de prévoyance respectivement de PKRück. J'accepte par ailleurs que l'institution de prévoyance respectivement PKRück transmette mes données de santé à ces organismes aux fins mentionnées et délègue explicitement les employés de ces institutions de leur devoir de confidentialité.
- J'accepte que mes données de santé soient transmises, si nécessaire, à PKRück et le cas échéant à d'autres compagnies de réassurance et qu'elles y soient utilisées aux fins mentionnées dans le présent document. Ce consentement comprend aussi explicitement le droit pour PKRück de transmettre, à son tour, mes données de santé à d'autres réassureurs pour les mêmes finalités.

Ces consentements peuvent être révoqués en tout temps par notification écrite à l'institution de prévoyance et à PKRück. La personne soussignée est consciente que la couverture des prestations prévues peut ne pas être garantie si elle refuse de donner les consentements requis ou révoque son consentement.

Je certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions de santé.

Lieu, date: _____ Signature: _____

QUESTIONS 2.1 À 2.4

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 / complication?	Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital:
1 _____	_____	<input type="checkbox"/> Oui, depuis _____ <input type="checkbox"/> Non	_____	_____
2 _____	_____	<input type="checkbox"/> Oui, depuis _____ <input type="checkbox"/> Non	_____	_____
3 _____	_____	<input type="checkbox"/> Oui, depuis _____ <input type="checkbox"/> Non	_____	_____

QUESTION 2.4

Nom des médicaments prescrits:	Dosage:	Depuis quand?	Le traitement, est-il terminé?	Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital:
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui, depuis _____ <input type="checkbox"/> Non	_____
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui, depuis _____ <input type="checkbox"/> Non	_____
3 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui, depuis _____ <input type="checkbox"/> Non	_____

QUESTION 2.5

Quelles drogues illégales consommez-vous ou avez-vous consommées?	Combien et à quelle fréquence?	Veillez indiquer la durée:
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____

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, date: _____

Signature: _____