

Déclaration de santé

(complément à l'inscription – page 1)

Employeur	Adresse	N° de membre
-----------	---------	--------------

Indications relatives à la personne entrante

Nom	Prénom	Numéro AVS
-----	--------	------------

Rue, NPA et lieu

Date de naissance	Profession	Taille	Poids
		cm	kg

IMPORTANT: Cette déclaration doit être remplie par la personne à assurer et remise à l'employeur dans une enveloppe fermée.

Il faut donner une réponse véridique aux questions ci-dessous. En cas de violation de l'obligation d'annoncer, la PV-PROMEIA est en droit de limiter les prestations, voire de les refuser.

Questions relatives à l'état de santé

Nous vous prions de répondre aux questions suivantes relatives à votre état de santé

- | | |
|---|---|
| 1 Souffriez-vous d'une incapacité de travail complète ou partielle au début de l'assurance (dans le cas d'augmentations des prestations, au moment du changement)?
En cas de décision de l'AI, prière de joindre l'avis. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 2 Souffrez-vous actuellement de problèmes de santé de quelque sorte que ce soit ou de séquelles d'un accident, d'une maladie ou d'une affection congénitale ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 3 Avez-vous besoin de prendre des médicaments régulièrement ou êtes-vous en traitement ou en observation chez un médecin? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 4 Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues ou des produits similaires? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 5 Avez-vous souffert au cours des deux dernières années de problèmes cardiaques ou de circulation, de tension, de tuberculose, de problèmes respiratoires, d'ulcères, de tumeurs, de cancer, d'albumine dans l'urine, de diabète, de maladies des reins, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou du foie, de problèmes du dos ou des articulations, d'épilepsie, de problèmes dépressifs ou nerveux, de problèmes de vision ou d'audition et/ou d'autres problèmes et maladies non cités ici? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 6 Avez-vous dû, au cours des deux dernières années, interrompre votre travail, complètement ou partiellement, pendant plus de 4 semaines suite à un accident ou une maladie ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 7 A-t-on effectué des examens vous concernant qui n'ont pas donné des résultats normaux (radiographies, ECG, test SIDA, analyse d'urine ou de sang ou autres examens)? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Si vous avez répondu affirmativement à une ou plusieurs de ces questions, nous vous prions spécialement de compléter les indications ci-dessous:

Question	De – à?	Maladies, problèmes, symptômes, examens?	Résultat*		Médecins traitants, hôpitaux, etc. (veuillez indiquer aussi l'adresse et dans le cas des hôpitaux, le médecin ou le service)
			1	2	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

* 1 = guéri/tout en ordre/traitement terminé 2 = pas guéri/pas en ordre/en traitement ou sous contrôle

Remarques (par exemple type de traitement)

Déclaration de santé

(complément à l'inscription – page 2)

Votre ancienne institution de prévoyance avait-elle fait des réserves ou demandait-elle un supplément de prime pour des raisons de santé? (prière de joindre les avis des assurances) oui non

Si oui, depuis quand? Raison invoquée

Ancien employeur ou ancienne institution de prévoyance

Adresse

Percevez-vous une rente d'invalidité et/ou des indemnités journalières suite à un accident ou une maladie?

- a) de l'assurance maladie? oui non
- b) de l'assurance invalidité fédérale? oui non
- c) de l'assurance accidents (p.ex. Suva)? oui non
- c) de l'assurance militaire? oui non
- d) d'une autre caisse de pension? oui non

Prière de joindre les avis de rente et/ou les décomptes d'indemnités journalières.

Déclaration relative à l'obligation de déclarer et à la protection des données

Par la présente, je déclare avoir répondu de manière complète et véridique à toutes les questions de la présente déclaration. Je suis conscient que le non-respect de l'obligation de déclarer peut entraîner la réduction ou le refus des prestations et que des dommages-intérêts peuvent être exigés.

J'autorise la PV-PROMEA à traiter les données requises pour contrôler le risque et les droits aux prestations, ainsi que pour l'exécution du contrat. Si nécessaire, ces données peuvent être transmises, plus particulièrement à des réassureurs et à des institutions de prévoyance auxquelles l'assuré appartient ou a appartenu.

J'autorise la PV-PROMEA à demander des renseignements aux membres du corps médical et à leurs assistants, aux autorités, aux assurances sociales conformément à la LPGA, ainsi qu'à des tiers pour contrôler le risque et les droits aux prestations, plus particulièrement à la précédente institution de prévoyance en ce qui concerne des prestations éventuellement fournies. A cet effet, je libère les membres du corps médical et leurs assistants de leur obligation de discrétion.

Date

Signature de la personne à assurer
