

Renseignement personnel pour la prévoyance professionnelle

Contrat no _____ Nom de l'employeur _____

Personne à assurer

Nom, Prénom _____ Date d'entrée _____

Date de naissance _____ Activité professionnelle _____ Salaire annuel CHF _____

Veuillez marquer d'un X ce qui convient.

Oui Non

1. Taille _____cm poids _____kg
2. Souffrez-vous actuellement de troubles de la santé ?
3. Etes-vous handicapé physique, psychique ou mental par suite d'une infirmité ?
4. Existe-t-il des suites d'une maladie ou d'un accident ?
5. Avez-vous dû, au cours des 5 dernières années, interrompre votre activité durant plus de 4 semaines pour des raisons de santé ?
6. Etiez-vous en incapacité de gain dans les 12 derniers mois ?
si oui : Degré de l'incapacité de gain _____% du _____ au _____
7. Recevez-vous une indemnité journalière ou une rente par suite d'incapacité de gain/invalidité ?
si oui : Veuillez joindre la copie de la décision sur la rente/indemnité journalière
8. Etiez-vous, au cours des 5 dernières années en traitement médical durant plus de 4 semaines ?
9. Avez-vous dû, au cours des 5 dernières années vous soumettre à plusieurs contrôles médicaux ?
10. Avez-vous consulté, au cours des 3 dernières années des médecins, naturopathes, physiothérapeutes ou psychologues ?
11. Avez-vous jamais dû subir une opération ?
12. Une opération ou une hospitalisation est-elle prévue pour vous ?
13. Un test SIDA a-t-il déjà été effectué sur vous dont le résultat fut HIV positif ?
14. Fumez-vous ? si oui : quoi ? _____ combien par jour ? _____
15. Consommez-vous des boissons alcooliques ?
si oui : lesquelles ? _____ combien par jour ? _____
16. Consommez-vous ou avez vous consommé des drogues ou stupéfiants ?
si oui : lesquels ? _____ combien par jour ? _____
quand la dernière fois ? _____
17. Avez-vous jamais dû subir une cure de désintoxication ?
18. Avez-vous jamais dû subir une cure balnéaire médicalement prescrite ?
19. Devez-vous prendre des médicaments sur ordonnance médicale ?
si oui : lesquels ? _____
20. Vous a-t-on ordonné un régime ?
21. Existe-t-il encore d'autres assurances-vie comprenant des prestations en cas de décès ou d'invalidité ?
si oui : genre et montant des prestations _____

Veuillez indiquer ci-après les détails sur les questions où il a été répondu "Oui" :

Chiffre Cause, genre de la maladie, date

Nom et adresse du médecin/de l'hôpital

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Je déclare avoir fourni des réponses véridiques et complètes aux questions précédentes. J'autorise la PAX, Société suisse d'assurance sur la vie SA (PAX) à demander des renseignements supplémentaires sur mon état de santé aux personnes compétentes. Je libère ces personnes de leur secret professionnel à l'égard de la PAX. La PAX doit traiter confidentiellement les renseignements obtenus. En cas de données incomplètes ou fausses, la PAX ou l'institution de prévoyance peut réduire les prestations ou se désister de l'assurance.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer

Veuillez envoyer ce renseignement dûment rempli et signé à :

PAX, Société suisse d'assurance sur la vie SA, KOL/Examen du risque, Case postale, 4002 Bâle