

Déclaration de santé Prévoyance professionnelle

Employeur

N° contrat

Cercle de personnes

Données personnelles

Prénom

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Date de naissance

Etat civil

Célibataire*

Marié(e)

N° AVS

En partenariat enregistré

Téléphone
(en semaine 8h-17h)

Divorcé(e)*

Veuf/veuve*

Activité professionnelle
actuelle

*En cas de ménage commun, veuillez compléter le formulaire «Annonce d'un partenariat».

Conjoint ou partenaire enregistré

Prénom

Nom

Date de naissance

Date du mariage/
de l'enregistrement

Données complémentaires

Les résultats d'analyses génétiques effectuées avant la naissance (analyses génétiques prénatales) ou utilisés pour déterminer une prédisposition à une maladie avant l'apparition des symptômes (analyses génétiques présymptomatiques) ne doivent **pas** être indiqués. Les examens génétiques effectués à des fins de diagnostic, c.-à-d. pour vérifier des symptômes déjà décelables, ainsi que les examens non génétiques doivent, par contre, être déclarés.

Taille cm

Poids kg

1 Veuillez indiquer votre taille et votre poids

2 Fumez-vous?

Oui Non

Si oui, quoi

Combien par jour



3 L'assurance est-elle maintenue au sens de l'art. 26a LPP? Oui Non
 Répondez par oui si vous bénéficiez (ou avez bénéficié) d'une rente de l'assurance-invalidité fédérale et que la rente a été réduite ou supprimée et que vous avez participé aux mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a LAI avant la réduction ou la suppression ou que la rente a été réduite ou supprimée en raison de la reprise d'une activité professionnelle ou de l'augmentation du taux d'occupation. Dans ce cas, votre institution de prévoyance actuelle (caisse de pension) continue de gérer votre cas.

4 Êtes-vous, entièrement ou partiellement, en incapacité de travail ou de gain? Oui Non

Si oui, depuis quand	Motif

5 Percevez-vous des prestations ou en avez-vous sollicitées auprès de l'assurance-invalidité fédérale (AI), l'assurance-accidents (LAA), la prévoyance professionnelle (LPP), l'assurance militaire (AM) ou une institution similaire à l'étranger ou auprès d'une assurance privée? Oui Non

6 L'institution de prévoyance actuelle (caisse de pension) a-t-elle formulé une réserve de santé ou appliqué une surprime de risque? **Si oui, veuillez joindre une copie de ce courrier.** Oui Non

7 Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical, une consultation ou un contrôle médical **au cours des 3 dernières années?** Oui Non

de mois/année	à mois/année	Motif, type de troubles, diagnostic	Traitement terminé
			Oui Non
			Oui Non
			Oui Non

8 Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments **au cours des 3 dernières années?** Oui Non

de mois/année	à mois/année	Motif, nom du médicament, dose	Traitement terminé
			Oui Non
			Oui Non
			Oui Non

9 Avez-vous été conseillé ou traité par un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute **au cours des 3 dernières années?** Oui Non

de mois/année	à mois/année	Motif, type de troubles, diagnostic	Traitement terminé
			Oui Non
			Oui Non
			Oui Non



10 Des analyses ont-elles été effectuées sur votre personne **au cours des 3 dernières années, qui n'ont pas abouti à un résultat normal** (radiographie, ECG, scanner ou IRM, arthroscopie, examen tissulaire, d'urine ou sanguin, test du SIDA ou autres)? Oui Non

de mois/année	à mois/année	Motif, type de troubles, diagnostic	Traitement terminé	
			Oui	Non
			Oui	Non
			Oui	Non

11 Avez-vous eu, pour raisons de santé, une incapacité de travail totale ou partielle **de plus de 3 semaines au cours des 3 dernières années?** Oui Non

de mois/année	à mois/année	Motif

12 Avez-vous été opéré **au cours des 3 dernières années ou une opération est-elle prévue?** Oui Non

de mois/année	à mois/année	Motif	Traitement terminé	
			Oui	Non
			Oui	Non
			Oui	Non

13 Prenez-vous ou avez-vous pris des substances addictives ou des drogues au cours des 10 dernières années? Oui Non

de mois/année	à mois/année	Lequels? A quelle fréquence?

14 Veuillez indiquer les noms et les adresses des médecins traitants et hôpitaux:

question	Médecin: Nom, prénom/hôpital: Nom	Rue, NPA, localité



Déclaration

Le/la signataire accorde à la Pax, Fondation collective LPP et la Pax, Fondation pour l'encouragement à la prévoyance en faveur du personnel, ainsi qu'à la Pax, Société suisse d'assurance sur la vie SA en qualité de gérante de ces dernières (toutes ci-après Pax) expressément les autorisations suivantes:

- Pax a le droit de traiter l'ensemble des données personnelles – y compris données médicales – aux fins de l'examen du risque ainsi que de l'exécution du contrat.
- Si nécessaire ou si elle y est obligée par la loi, Pax peut, aux mêmes fins, transmettre l'ensemble des données personnelles – y compris données médicales – à des autorités, institutions de prévoyance, coassureurs, assureurs précédents, réassureurs et assureurs sociaux (par ex. caisses de compensation, établissements d'assurance sociale, services de l'AI, assurances accident et maladie, etc.) ainsi qu'à des tiers responsables ou à leurs assurances responsabilité civile en Suisse et à l'étranger.
- Pax peut, aux mêmes fins, solliciter auprès des personnes, assurances et services susmentionnés ainsi qu'auprès du personnel médical et de ses auxiliaires impliqués, des données personnelles – y compris données médicales – et les traiter. A cette fin, le/la soussigné(e) délègue ceux-ci de leur obligation de garder le secret et de confidentialité.
- Pour l'exécution de ces tâches, il est possible de faire appel à des partenaires. Les consignes légales de protection des données doivent alors être respectées et les partenaires sont tenus de les observer.

Remarque

En cas de données incomplètes ou erronées, les prestations peuvent être réduites ou refusées.

Signature

Par votre signature, vous confirmez l'exhaustivité et l'exactitude des données fournies.

Lieu/date

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

Signature
personne à assurer

