Questionnaire de santé

pour les nouveaux assurés

Nom : Prénom :

Adresse privée :

Je suis employé/e indépendant/e

Adresse commerciale :

Date d’entrée auprès de l’employeur : Début de l’assurance :

Date de naissance (jj.mm.aaaa) :

Numéro AVS :

Êtes-vous en bonne santé ? Oui

 Non

Disposez-vous de votre pleine capacité de travail ? Oui

 Non

Souffrez-vous de séquelles suite à un accident ou existe-t-il un handicap dès la naissance ? Oui

 Non

Si oui, desquelles ou lequel ?

Avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ? Ou souffrez-vous actuellement de problèmes de santé ? Oui

 Non

Si oui, pour quelle raison ou desquels ?

Êtes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle chez un médecin ? Oui

 Non

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? Oui

 Non

Si oui, lesquels ?

Bénéficiez-vous de prestations de l’AI, l’AM, l’AA, de la PP, d’une assurance sociale étrangère ou d’une autre assurance ? Oui

 Non

Si oui, de qui ou chez qui ?

Pour quel degré d’invalidité ? %

Celui qui, par des indications fausses ou incomplètes, ou de toute autre manière, aura obtenu de l’institution de prévoyance ou du fonds de garantie, pour lui-même ou pour autrui, une prestation qui ne lui revient pas, sera puni (art. 76 LPP)

La personne à assurer doit fournir des informations sur son état de santé. La caisse de pension peut demander un examen supplémentaire auprès d’un médecin de confiance qu’elle aura désigné. Si l’examen révèle un risque élevé, la caisse de pension peu émettre une ou plusieurs réserves ou refuser l’admission à l’assurance complémentaire. Les indépendants avec un risque de santé élevé ne sont pas admis. Une réserve, voire l’exclusion, peut être émise ultérieurement si la personne à assure a passé sous silence un facteur de risque important qu’elle connaissait ou était censée connaître ou si elle a fourni des informations erronées à ce sujet. Les éventuelles réserves s’appliquent uniquement à la partie surobligatoire de la prévoyance La durée et le motif de la réserve seront communiqués par écrit à la personne à assurer. Une réserve peut s’appliquer pendant 5 ans au maximum.

Date : Signature :