Swisscanto
1e Fondation
Collective

Déclaration de santé

Indications sur la personne assurée

Nom _____ Prénom _____

Employeur _____ N° de sécurité sociale 756. _____

Déclaration de santé

Ne pas indiquer les traitements médicaux ou les incapacités de travail conséquent à une inflammation de l'appendicite ou des amygdales, à des soins dentaires, à la prescription de moyens de contraception, à l'accouchement.

1. Etes-vous actuellement et au moment où débute l'assurance en incapacité de travail (totale ou partielle)? ☐ oui ☐ non
   Si oui, degré d'incapacité de travail (%) _____ Depuis quand ? _____

2. Avez-vous fait une demande de prestations auprès d'une assurance sociale (AI, AA, AM) ou d'une autre assurance ? (Pour autant que la décision soit disponible, veuillez la joindre !) ☐ oui ☐ non
   Si oui, auprès de qui ? _____

3. Taille _____ cm Poids _____ kg

4. Prenez-vous actuellement des médicaments ou vous en a-t-on prescrits ? ☐ oui ☐ non
   Si oui, de _____ à _____
   Lesquels, raison ? _____
   Médecin (adresse exacte) _____

5. Suivez-vous ou allez-vous suivre un traitement en lien avec la consommation d'alcool ou de drogues, ou bien vous-a-t-il été conseillé ou recommandé de le faire ? ☐ oui ☐ non
   Si oui, de _____ à _____
   Lesquels/lesquelles ? _____

6. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années de maladies, de troubles ou d'affections physiques, psychiques ou mentales ? Souffrez-vous des conséquences d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité ? ☐ oui ☐ non
   Si oui, desquelles ? _____

Genre de la maladie / accident, infirmité, traitements, examens	De / à	Durée de l'incap. de travail	Médecin ou hôpital Avec adresse exacte et département	Guérison réussie ? Oui / Non

La fondation se réserve le droit d'examiner l'admission aux conditions contractuelles sur la base d'un rapport médical.

Rapports de prévoyance précédents (ne remplir qu'en cas de nouvelle entrée dans la fondation)

Existait-il une **réserve** ou une **surprime** pour des raisons de santé auprès de l'institution de prévoyance précédente ? ☐ oui ☐ non

Si oui, depuis quand ? _____ Raison ? _____

Instit. de prévoyance précédente, y c. adresse _____

Nous vous prions de joindre votre attestation de prévoyance, mentionnant les prestations assurées, invalidité et décès, auprès de l'institution de prévoyance de votre ancien employeur.

Dans le passé, des droits à des prestations de prévoyance ou le droit à une prestation de libre passage ont-ils été mis en gage ? ☐ oui ☐ non

Si oui, qui est le créancier ? _____

Un retrait anticipé total ou partiel de la prestation de libre passage a-t-il eu lieu ? ☐ oui ☐ non

Quand ? _____ CHF _____

Explication sur l'obligation de déclarer et la protection des données

Par la présente, je déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de façon exhaustive et conforme à la vérité. Je suis conscient(e) qu'une violation de l'obligation de déclarer peut conduire à la réduction ou au refus de prestations, et que des dommages et intérêts peuvent être demandés. En signant le présent formulaire, j'autorise la fondation respectivement La Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie SA, Nyon (ci-après « La Mobilière ») à traiter les données collectées (p. ex. nom, date de naissance, etc.) en vue de l'examen du risque, de l'exécution du contrat d'assurance vie collective et de l'examen du droit aux prestations. En outre, la Mobilière est en droit de se procurer auprès de l'assureur précédent ou auprès de tiers, notamment auprès des personnes du corps médical et de leur personnel auxiliaire, des autorités, des assurances sociales, de même qu'auprès des institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), tout renseignement utile concernant le déroulement des prestations, en particulier aux fins d'examen du risque et de gestion des cas de prestation. La Mobilière est également autorisée à se procurer des données personnelles sensibles (telles que des données médicales) et des profils de personnalité ou de consulter des dossiers officiels nécessaires à l'évaluation du risque et à l'examen du droit aux prestations. A cette fin, je libère expressément les personnes du corps médical et leur personnel auxiliaire de leur devoir de discrétion. Si l'exécution du contrat d'assurance vie collective nécessite la coordination avec d'autres contrats par lesquels je suis également assuré auprès de la Mobilière dans le cadre de la prévoyance professionnelle, ou si le traitement du cas de prestation l'exige, je consens à ce que la Mobilière transmette des données personnelles (y. c. des données particulièrement sensibles, telles que des données médicales), en vue de leur traitement, à des tiers en Suisse et à l'étranger participant au contrat d'assurance vie collective ou à un autre contrat par lequel je suis également assuré auprès de la Mobilière dans le cadre de la prévoyance professionnelle, en particulier aux coassureurs et réassureurs, de même qu'aux institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), ainsi qu'à des sociétés du Groupe Mobilière participant à l'exécution des rapports d'assurance.

_____ _____

Lieu et date Signature de la personne à assurer

Réinitialiser le formulaire Imprimer le formulaire