

## DÉCLARATION DE SANTÉ

(À REMPLIR ENTIÈREMENT PAR LA PERSONNE À ASSURER)

### COORDONNÉES

PRÉNOM	NOM
RUE	NPA, LIEU
TÉLÉPHONE	E-MAIL
DATE DE NAISSANCE	N° AVS
EMPLOYEUR	ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE
INSTITUTION DE PRÉVOYANCE	

### INFORMATIONS SUR LA SANTÉ

- |                                                                                                                                                                                                                        |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Etes-vous en pleine capacité de travail?                                                                                                                                                                            | Oui | Non |
| Si non, veuillez indiquer le degré de l'incapacité de travail? %                                                                                                                                                       |     |     |
| Quelle est la raison de votre incapacité de travail?                                                                                                                                                                   |     |     |
| 2. Si vous répondez à une des questions suivantes par <b>OUI</b> , veuillez remplir la page 3:                                                                                                                         |     |     |
| 2.1 Au cours des 5 dernières années, étiez-vous en incapacité de travail partielle ou totale pendant plus de trois semaines ininterrompues?                                                                            | Oui | Non |
| 2.2 Au cours des 24 derniers mois, avez-vous eu plus de 4 consultations ou traitements (vaccination, grippe, dentiste et examen gynécologique de routine exclus) auprès d'un médecin ou d'un psychologue / psychiatre? | Oui | Non |
| 2.3 Suivez-vous actuellement un traitement auprès d'un médecin ou d'un psychologue / psychiatre?                                                                                                                       | Oui | Non |
| 2.4 Au cours des 24 derniers mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance (contraception exclue) ou vous en a-t-on prescrit pour une durée de plus de 4 semaines?                                               | Oui | Non |
| 2.5 Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consommé des drogues illégales?                                                                                                                                           | Oui | Non |
| 2.6 Avez-vous déjà bénéficié pendant plus de 6 semaines d'indemnités journalières et / ou d'une rente pour cause de maladie ou d'accident?                                                                             | Oui | Non |
| 3. Vous êtes-vous soumis(e) à un test de dépistage du sida qui a donné un résultat positif?                                                                                                                            | Oui | Non |
| 4. Veuillez indiquer votre taille (                      cm) et votre poids (                      kg).                                                                                                                |     |     |
| 5. Votre caisse de pension, a-t-elle émis des réserves pour des raisons de santé ou a-t-elle prélevé une prime supplémentaire?                                                                                         | Oui | Non |
| Si oui, quelle était la raison?                                                                                                                                                                                        |     |     |
| Si oui, nous vous prions de joindre une copie de la réserve / de la prime supplémentaire.                                                                                                                              |     |     |

### PROCURATION ET CONSENTEMENT

#### Transmission de données pour l'évaluation des risques et procuration pour la collecte de données concernant la santé

L'admission dans la couverture d'assurance prévue peut être subordonnée à une évaluation des risques actuelle. L'institution de prévoyance a délégué cette évaluation des risques à RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule respectivement à sa compagnie de réassurance PKRück SA pour qu'elle la traite. A cette fin, l'institution de prévoyance, PKRück et RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule doivent disposer de tous les droits nécessaires pour examiner vos indications sur le questionnaire de santé et demander d'autres informations relatives à la santé à des tiers. L'institution de prévoyance, PKRück et RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule traite vos données concernant la santé afin d'évaluer les risques et, le cas échéant, d'établir une réserve.

## DÉCLARATION DE SANTÉ

(À REMPLIR ENTIÈREMENT PAR LA PERSONNE À ASSURER)

### Traitement de données par les compagnies de réassurance à des fins d'évaluation des risques

L'institution de prévoyance a fait réassurer les risques de décès et d'invalidité par PKRück. Dans certains cas, PKRück a elle aussi recours à des compagnies de réassurance. Afin que ces compagnies de réassurance puissent évaluer et contrôler le risque, l'institution de prévoyance respectivement PKRück leur présentera vos données de santé. Les compagnies de réassurance n'utilisent vos données à caractère personnel qu'aux fins précitées.

### Procuration pour la collecte de données concernant la santé et consentement à la transmission de données

- Dans le cadre des informations que j'aurai données sur ma santé, j'autorise les médecins, psychologues, physiothérapeutes et psychothérapeutes qui me traitent ainsi que toute autre personne ayant une formation médicale à transmettre à l'institution de prévoyance, à RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule et à PKRück tous les renseignements et documents relatifs à mon état de santé et à d'éventuels traitements en vue de procéder à l'évaluation des risques. Je libère les personnes précitées ainsi que les employés desdites institutions de leur devoir de confidentialité à l'égard de l'institution de prévoyance, de RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule et de PKRück. J'accepte par ailleurs que l'institution de prévoyance, RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule et PKRück transmette mes données de santé à ces organismes aux fins mentionnées et délègue explicitement les employés de ces institutions de leur devoir de confidentialité.
- J'accepte que mes données de santé soient transmises, si nécessaire, à RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule, PKRück et le cas échéant à d'autres compagnies de réassurance et qu'elles y soient utilisées aux fins mentionnées dans le présent document. Ce consentement comprend aussi explicitement le droit pour RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule et PKRück de transmettre, à son tour, mes données de santé à d'autres réassureurs pour les mêmes finalités.

Ces consentements peuvent être révoqués en tout temps par notification écrite à l'institution de prévoyance, à RV-Pool, c/o Beratungsgesellschaft für die 2. Säule et à PKRück. La personne soussignée est consciente que la couverture des prestations prévues peut ne pas être garantie si elle refuse de donner les consentements requis ou révoque son consentement.

Je certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions de santé.

LIEU, DATE:

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

### QUESTIONS 2.1 À 2.4

Quel est le diagnostic ou de quelles douleurs souffrez-vous?	Depuis quand?	Le traitement, est-il terminé?	Subsiste-t-il des suites / peut-on s'attendre à une rechute / complication?	Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital:
1		Oui, depuis Non		
2		Oui, depuis Non		
3		Oui, depuis Non		

### QUESTIONS 2.4

Nom des médicaments prescrits:	Dosage:	Depuis quand?	Le traitement, est-il terminé?	Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital:
1			Oui, depuis Non	
2			Oui, depuis Non	
3			Oui, depuis Non	

### QUESTION 2.5

Quelles drogues illégales consommez-vous ou avez-vous consommées?	Combien et à quelle fréquence?	Veillez indiquer la durée:
1		
2		

### QUESTION 2.6

Pour quelle raison avez-vous bénéficié d'une rente et / ou d'indemnités journalières?

de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Lieu, date:

Nom et adresse du médecin qui a le plus d'informations sur votre situation de santé:

Signature: \_\_\_\_\_