

Complément à l'annonce

Caisse de pension:

Employeur:

Personne assurée

Nom:

Prénom:

Rue:

NPA :

lieu:

Date de naissance:

Activité professionnelle:

Questions relatives à l'état de santé

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| 1 | Étiez-vous, entièrement ou partiellement, incapable de travailler au début de l'assurance (ou en cas d'amélioration des prestations au moment du changement?) Si une décision d'AI est disponible, veuillez la joindre. | Oui | Non |
| 2 | Souffrez-vous actuellement de troubles de la santé ou des suites d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité congénitale? | Oui | Non |
| 3 | Suivez-vous un traitement médical régulier, êtes-vous sous contrôle médical ou avez-vous régulièrement besoin de médicaments? | Oui | Non |
| 4 | Avez-vous souffert durant les 5 dernières années de: troubles cardiaques ou circulatoires, hypertension, tuberculose, maladies de l'appareil respiratoire, tumeurs, ulcères, cancers, présence d'albumine dans l'urine, diabète, maladies des reins, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou du foie, maladies des articulations ou du dos, épilepsie, troubles dépressifs ou névrotiques, affections des oreilles ou des yeux ou autres troubles ou maladies non mentionnées ci-dessus? | Oui | Non |
| 5 | Durant les 5 dernières années avez-vous dû interrompre en raison d'une maladie ou d'un accident votre travail, totalement ou partiellement, pour plus de 4 semaines? | Oui | Non |
| 6 | Avez-vous subi des examens (radiographies, électrocardiogrammes, test VIH, analyses de l'urine ou du sang,...) dont le résultat a révélé une anomalie? | Oui | Non |

Si vous avez répondu oui à une des questions ci-dessus, veuillez fournir les informations suivantes :

Question N°	De ... jusqu'à?	Maladies, symptômes troubles?	Médecins traitants, hôpitaux adresse?	guéri non guéri
-------------	-----------------	-------------------------------	---------------------------------------	-----------------

Remarques

Declarations additionnelles à propos changement d'employeur

Etiez-vous assuré chez votre dernier employeur dans le cadre d'une institution de prévoyance professionnelle? Si oui, veuillez fournir les indications suivantes: (Des indications complètes garantissent le maintien de votre couverture de prévoyance)

Entreprise ou institution de prévoyance (nom, rue, NPA et localité)

Société d'assurances

Déclaration

J'autorise les médecins et les hopitaux ainsi que mon ancienne institution de prévoyance à transmettre, dans le cadre de la présente assurance, des renseignements sur mon état de santé. Je prends acte de ce que la couverture de risque dépend de l'exactitude des réponses données ci-dessus. Si des informations erronées lui sont communiquées, l'institution de prévoyance ou l'assureur peut, conformément aux dispositions légales, se départir de l'assurance.

Lieu, date

Signature de la personne assurée