

Questionnaire médical LPP

Contrat n° U230__ - __

N° AVS 756. _____

Admission à la prévoyance professionnelle ou augmentation de prestations

Prière de répondre à chaque question de manière complète et exacte. Par sa signature, la personne à assurer certifie que ses réponses sont exactes et complètes et en assume l'entière responsabilité, même s'il s'avérait qu'une tierce personne ait contribué à l'inscription des réponses. Le présent questionnaire peut également être directement envoyé au service médical de Swiss Life, case postale, 8022 Zurich.

Déclarations de la personne à assurer

Prière de répondre à chaque question par "oui" ou par "non" et de ne pas utiliser de signes tels que biffage, etc. S'il est répondu par "oui", préciser la date, la durée, la guérison, les séquelles éventuelles ainsi que l'adresse du médecin traitant.

Nom de famille		Prénom(s)	
Rue, numéro		Code postal, lieu	
Adresse e-mail		Numéro de téléphone	
Début de l'assurance resp. de l'augmentation de prestations		Taux d'occupation	%

1. êtes-vous actuellement en incapacité de travail totale ou partielle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
2. êtes-vous actuellement ou périodiquement sous traitement ou surveillance d'un médecin, d'un psychothérapeute ou d'un chiropraticien ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3. avez-vous déjà subi une opération ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4. au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement dans un hôpital, un sanatorium ou une maison de convalescence ou est-il prévu de vous hospitaliser ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5. avez-vous des conséquences d'un accident ou d'un handicap physique ? (par exemple, raidissement des articulations, perte de membres, usure du matériel de fixation osseuse, etc.)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
6. avez-vous été traité avec des rayons X ou des substances radioactives ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
7. avez-vous été inapte au travail pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
8. au cours des 5 dernières années, avez-vous dû recourir à une assistance médicale pendant plus de 3 semaines ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
9. avez-vous été traité au cours des 5 dernières années pour des raisons non mentionnées ci-dessus ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si vous avez répondu par „oui“ à l'une des questions 1 à 9 ci-dessus, veuillez également répondre aux questions de la rubrique 10. A défaut, veuillez continuer avec la question 11.

10.

Question n°	Quelle maladie ou opération? Quel accident?	Quand? Guéri?	Combien de temps? Séquelles?	Médecin traitant? (Nom et adresse)

→ **Prière de remplir également le verso du formulaire**

11. Prenez-vous des médicaments soumis à ordonnance? oui non

Si oui: Lesquels? _____
Médecin traitant (Nom/adresse): _____

12. Fumez-vous? oui non

Si oui: Quoi? _____
Combien par jour? _____
Depuis quand? _____

13. Avez-vous consommé des stupéfiants (drogues) au cours des 5 dernières années? oui non

Si oui: Lequel? _____

14. Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes d'addiction (médicaments, alcool, etc.) au cours des 5 dernières années? oui non

Si oui: Lequel? _____
Fréquence? _____
Dernière fois? _____
Médecin traitant (Nom/adresse) _____

15. Avez-vous effectué un test du SIDA avec un résultat positif, voire incertain? oui non

Si oui:
Médecin traitant (Nom/adresse) _____

16. Votre vision est-elle déficiente ? oui non

Si oui, vous pouvez (si nécessaire avec des lunettes ou des lentilles de contact) lire un texte de journal sans effort ? oui non

17. Votre audition est-elle déficiente ? oui non

Si c'est le cas, cela peut-il être complètement corrigé avec une aide auditive? oui non

18. Quelle est votre taille? _____ cm

19. Quel est votre poids? _____ kg

Dispense du secret professionnel et de fonction / Droit de consulter les dossiers administratifs

La personne soussignée libère du maintien du secret professionnel l'AI, l'AM, les assureurs LAA, les institutions précédentes LPP, les assureurs-maladie et d'indemnités journalières, les éventuels assureurs étrangers de même que les médecins traitants, ce à l'égard de Swiss Life et des organes compétents de la Fondation de prévoyance de la SSO et permet aux institutions et assureurs énumérés ci-dessus de fournir les renseignements appropriés ou de permettre la consultation des dossiers dans la mesure qu'exige l'exécution de la prévoyance en faveur du personnel (appréciation du risque, traitement des cas de prestations). Il ne sera recueilli que des renseignements indispensables dans le cas concret et toutes les données seront traitées de manière **strictement confidentielle** par Swiss Life et la Fondation de prévoyance de la SSO. Il ne s'agira que de données servant exclusivement à l'exécution du contrat de prévoyance et d'assurance.

Lieu, date:

Signature de la personne à assurer:

_____, le _____, _____

En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, Swiss Life et la Fondation de prévoyance de la SSO peuvent réduire ou refuser les prestations dans le cadre des dispositions légales.