

Déclaration de Santé

Ce formulaire doit être rempli par la personne à assurer.

Nom/Prénom Date de naissance

Employeur Lieu/Canton

N° d'entreprise Plan

Nom et adresse du médecin que vous consultez habituellement : Nom

Rue/N° NPA/Lieu

Quand un traitement, ou un examen, a-t-il eu lieu pour la dernière fois ?

Date Raison

Votre taille (cm) Votre poids (kg) Votre tension

N°	Veillez marquer d'une croix ce qui convient	Oui	Non
1	Etes-vous actuellement malade ou avez-vous des problèmes de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Etes-vous actuellement en traitement chez un médecin, chiropraticien, thérapeute ou chez une autre personne médicale qualifiée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Votre capacité de travail actuelle est-elle en ce moment réduite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous subi une incapacité de travail de plus de 4 semaines au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Existe-t-il des suites d'une maladie ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Existe-t-il des suites de malformations ou d'infirmités congénitales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Avez-vous actuellement régulièrement besoin de médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Avez-vous souffert de l'un des troubles, de l'une des maladies ou de l'une des affections suivantes au cours des 5 dernières années :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.a	- de l'appareil respiratoire (asthme, bronchite à répétition ou chronique, pneumonie, tuberculose ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.b	- du cœur ou des vaisseaux sanguins (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, vice ou insuffisance cardiaque, palpitations, attaque cérébrale, phlébite, troubles circulatoires, varices, affection des vaisseaux, problème de coagulation, leucémie ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.c	- du métabolisme ou maladies des glandes (diabète, excès de cholestérol, goutte, maladies de la thyroïde, troubles hormonaux, anémie, troubles de la coagulation ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.d	- de troubles psychiatriques ou neurologiques (psychose, burn-out, syncopes ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.e	- du système nerveux ou du psychisme (épilepsie, vertiges, paralysies, névrites, dépressions ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.f	- de l'appareil digestif (hernie hiatale, ulcère de l'estomac ou des intestins, inflammations, hémorragies, hémorroïdes, jaunisse, maladies du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.g	- de l'appareil urinaire ou génital (maladie des reins, des uretères, de la vessie, de la prostate, calculs, présence de sang ou d'albumine dans les urines, maladie vénérienne ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.h	- du système immunitaire ou de maladie infectieuse (tels que sida, infection VIH, maladies sexuellement transmissibles, hépatite, maladies tropicales ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.i	- de la peau (eczéma, allergies, psoriasis, mycoses, cancer cutané ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.j	- de l'appareil locomoteur os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons (douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatisme, hernie discale, maladies rhumatismales, articulations douloureuses, maladie inflammatoire et dégénérative de l'appareil locomoteur ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.k	- des yeux (acuité visuelle diminuée, troubles oculaires, affection rétinienne ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.l	- des oreilles (surdité, inflammations ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.m	- maladies cancéreuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.n	- maladies au niveau du nez, du cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.o	- troubles neurovégétatifs, allergies (excepté rhinite allergique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.p	- autres problèmes physiques (au niveau de genoux, coudes, chevilles ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Êtes-vous, ou avez-vous été, en traitement psychiatrique ou psychologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Consommez-vous des drogues ou en avez-vous consommé régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Fumez-vous et si oui, combien de cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Consommez-vous plus que 3 boissons* standards par jour ? (* 1 dl de vin, 3 dl de bière, 2 cl de schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déclaration de Santé

Nom/Prénom Date de naissance

Employeur Lieu/Canton

N° d'entreprise Plan

N°	Veillez marquer d'une croix ce qui convient	Oui	Non
13	Envisagez-vous prochainement un traitement (ambulatoire, semi-hospitalier, séjour hospitalier, cure) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Touchez-vous ou avez-vous touché des prestations (indemnités, rentes ou autres) de l'assurance-invalidité (AI), de l'assurance-militaire (AM), de l'assurance-accidents (AA) ou d'une autre institution similaire (LAMal) ? (Si oui, veuillez joindre une copie de la décision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Pour les bénéficiaires d'une rente AI : est-ce votre emploi actuel entre dans le cadre des mesures d'une nouvelle réadaptation (6ème révision AI, premier volet) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Existe-t-il une réserve médicale dans une précédente institution de prévoyance (ou caisse de pensions), auprès d'un autre assureur privé (par exemple assurance-vie) et/ou d'une autre assurance sociale (par exemple couverture auprès d'un assureur maladie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Pour les personnes de sexe féminin : êtes-vous enceinte ? Et si oui : la grossesse s'est-elle déroulée normalement jusqu'ici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs questions, merci de mentionner ci-dessous les détails.

N°	Maladies, accidents, infirmités, etc	Date du traitement	Traitement terminé	Nom et adresse du médecin traitant ou de l'hôpital

La personne à assurer atteste que les données renseignées sont complètes et véridiques. Par sa signature, elle prend acte du fait que si des éléments importants liés à sa santé ne sont pas déclarés ou sont erronés, Medpension peut résilier le contrat et se libérer ainsi de son obligation de prestation. La personne signataire autorise les médecins et autres fournisseurs de prestations médicales, ainsi que les administrations publiques et autres caisses de pension à communiquer à Medpension tout renseignement médical servant à l'appréciation du risque à assurer.

Procuration

La personne à assurer autorise Medpension à consulter les dossiers du médecin traitant, du médecin de famille, de l'assurance-invalidité, de l'employeur, de l'assurance-maladie et accident, d'autres institutions de prévoyance et d'autres assurances sociales. Afin d'évaluer le risque d'assurance, Medpension est autorisée à transmettre les documents médicaux à son médecin-conseil. La personne assurée sera dans tous les cas tenue informée des démarches entreprises par Medpension.

Lieu/Date

Signature de la personne assurée

.....

.....

Confidentiel
Medpension vsao asmac
Médecin de conseil
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14

Confidentiel
Medpension vsao asmac
Médecin de conseil
Brunnhofweg 37
Case postale 319
3000 Berne 14