

Questionnaire de santé

Informations

Au moment de l'entrée d'un assuré à la Caisse de Pension Valora, cette dernière peut demander des informations sur son état de santé, des renseignements médicaux ou le faire examiner par un médecin-conseil aux frais de la Caisse de pension Valora.

De plus, pour des raisons de santé, la Caisse de pension Valora peut formuler une réserve pour les risques de décès et d'invalidité et limiter ainsi la couverture d'assurance pour autant qu'elle dépasse les prétentions minimales conformément à la LPP (Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité).

La couverture d'assurance est provisoire jusqu'à la réalisation de l'examen de santé. Les réserves de santé sont prononcées pour une durée maximale de 5 ans. Si un cas de prestation concerné par la réserve survient, la prestation est réduite à vie. Les réserves des institutions de prévoyance antérieures sont reprises en tenant compte de la durée écoulée dans l'ancienne institution de prévoyance.

1. Identité

| | | | |
|-------------------|-------|---------------|------------|
| Nom | _____ | Prénom | _____ |
| Rue, numéro | _____ | NPA, localité | _____ |
| Date de naissance | _____ | Pays | _____ |
| E-mail (privé) | _____ | N° AVS | 756. _____ |

2. Questions de santé

1. Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids. _____
2. Etes-vous actuellement, ou avez-vous été au cours des 5 dernières années, sous traitement ou contrôle médical pour des raisons d'ordre physique ou psychique? Oui Non
3. Prenez-vous, ou avez-vous pris au cours des 5 dernières années, régulièrement des médicaments? Oui Non
4. Votre capacité de travail est-elle, de quelque manière que ce soit, totalement ou partiellement limitée? Oui Non
5. Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, plus de 3 semaines en incapacité de travail? Oui Non
6. Avez-vous été, au cours des 5 dernières années, en traitement hospitalier stationnaire, en rééducation ou en cure? Oui Non
7. Avez-vous des malformations de naissance, des handicaps physiques ou souffrez-vous des conséquences d'un accident ou d'une maladie? Oui Non
8. Avez-vous, au cours des 5 dernières années, consulté des médecins, chiropracteurs, ostéopathes, physiothérapeutes ou psychothérapeutes, ou autres spécialistes dans le domaine de la santé, que vous n'auriez pas encore mentionnés jusqu'à présent ; ou avez-vous prévu un tel traitement? Oui Non
9. Avez-vous, ou avez-vous eu au cours des 5 dernières années, des problèmes d'addiction (médicaments, alcool, drogues, etc...)? Oui Non
10. Bénéficiez-vous, ou avez-vous bénéficié au cours des 10 dernières années, de prestations de l'assurance invalidité, militaire ou accident, de la caisse de pension, d'une assurance sociale étrangère ou d'une autre assurance (par exemple des indemnités journalières de maladie ou une assurance responsabilité civile) ou avez-vous fait une demande de prestations? Oui Non
Si oui, auprès de qui? _____
Veuillez nous joindre une copie des documents concernant ces prestations (par exemple la copie de la décision, le décompte des indemnités journalières, la demande, etc).
11. Faisiez-vous l'objet d'une réserve médicale dans votre dernière caisse de pension? Oui Non
Si oui, depuis quand? _____
Veuillez nous joindre une copie de la réserve.

Tournez svp

3. Si vous avez répondu Oui à certaines questions (1 à 9) au recto, nous vous prions de bien vouloir compléter les renseignements suivants :

| N° de question | depuis quand | – | jusqu'à quand | Quelle maladie, quels troubles ou problèmes de santé, quels examens? | Résultat* 1 ou 2 |
|----------------|--------------|---|---------------|--|---|
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

De plus, nous vous prions d'indiquer l'adresse complète des médecins traitants et hopitaux (médecin/service):

| N° de question | depuis quand | – | jusqu'à quand | Quelle maladie, quels troubles ou problèmes de santé, quels examens? | Résultat* 1 ou 2 |
|----------------|--------------|---|---------------|--|---|
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

De plus, nous vous prions d'indiquer l'adresse complète des médecins traitants et hopitaux (médecin/service):

| N° de question | depuis quand | – | jusqu'à quand | Quelle maladie, quels troubles ou problèmes de santé, quels examens? | Résultat* 1 ou 2 |
|----------------|--------------|---|---------------|--|---|
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

De plus, nous vous prions d'indiquer l'adresse complète des médecins traitants et hopitaux (médecin/service):

| N° de question | depuis quand | – | jusqu'à quand | Quelle maladie, quels troubles ou problèmes de santé, quels examens? | Résultat* 1 ou 2 |
|----------------|--------------|---|---------------|--|---|
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

De plus, nous vous prions d'indiquer l'adresse complète des médecins traitants et hopitaux (médecin/service):

| N° de question | depuis quand | – | jusqu'à quand | Quelle maladie, quels troubles ou problèmes de santé, quels examens? | Résultat* 1 ou 2 |
|----------------|--------------|---|---------------|--|---|
| | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

De plus, nous vous prions d'indiquer l'adresse complète des médecins traitants et hopitaux (médecin/service):

* 1 = guéri, tout est en ordre / traitement terminé
2 = pas guéri / sous traitement ou contrôle

4. Déclaration / signature

Par la présente, j'atteste avoir lu les informations précédentes ainsi que les explications de l'aide-mémoire « Examen de santé » et avoir rempli le questionnaire de manière conforme à la vérité.

Dans le cadre de la prévoyance professionnelle, j'autorise tous les médecins et hopitaux qui m'ont traités, ainsi que ma dernière institution de prévoyance, à fournir des renseignements à la Caisse de pension Valora concernant mon état de santé et à autoriser l'accès à mes documents.

Je reconnais que la couverture d'assurance dépend de l'exactitude de la déclaration précédente et que la Caisse de pension Valora peut résilier l'assurance en cas de renseignements inexacts dans le cadre de la prestation sur-obligatoire.

Lieu / Date _____

Signature _____