



Proposition complémentaire pour l'examen du risque (questionnaire sur l'état de santé)

à l'attention d'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie
SA (nommée ci-après Helvetia)

à remplir par la personne à assurer resp. la personne assurée.

Prière de remplir et signer tous les champs et pages.

Bureau de contact:

Contrat n°:

Police n°:

Employeur:

Rue, n°:

CP, lieu:

1 Identité de la personne assurée

Nom:

Prénom:

Profession:

Désignation de l'activité professionnelle:

Rue, n°:

CP, lieu:

Tél. privé:

Tél. professionnel:

2 Indications supplémentaires concernant la personne assurée

Date de naissance:

Entrée au service de l'employeur:

Numéro d'assuré AVS:

Lieu d'origine (Suisse):

Nationalité (étrangers):

, domiciliés en Suisse depuis

année(s)

3 Informations sur l'état de santé

3.1 Nom, adresse et téléphone de votre médecin de famille:

3.2 Au cours des 3 dernières années, avez-vous subi un examen,
un traitement médical ou une intervention chirurgicale?

Oui Non

Si oui, pour quoi? a)

Durée (de - à)

Séquelles resp. résultat des examens

Nom et adresse du médecin ou de l'hôpital

-

Si oui, pour quoi? b)

Durée (de - à)

Séquelles resp. résultat des examens

Nom et adresse du médecin ou de l'hôpital

-

Si oui, pour quoi? c)

Durée (de - à)

Séquelles resp. résultat des examens

Nom et adresse du médecin ou de l'hôpital

-

Si oui, pour quoi? d)

Durée (de - à)

Séquelles resp. résultat des examens

Nom et adresse du médecin ou de l'hôpital

-

3.3 Souffrez-vous actuellement de troubles de santé, infirmités ou de suites d'un accident?

Oui Non

Si oui, lesquels? a)

Depuis:

Séquelles resp. résultat des examens

Nom et adresse du médecin ou de l'hôpital

Si oui, lesquels? b)

Depuis:

Séquelles resp. résultat des examens

Nom et adresse du médecin ou de l'hôpital

3.4 Prenez-vous régulièrement des médicaments?

Oui Non

Si oui, lesquels (+ dosage)?

3.5 Votre capacité de travail resp. de gain est-elle ou a-t-elle été limitée?

Oui Non

Si oui, de - à _____ pour quoi?

À %?

-

%

-

%

3.6 Taille cm Poids kg

3.7 a) Avez-vous effectué un test HIV? si oui, quand?

Non

b) Le résultat est-il nég. pos., adresse du médecin/de l'hôpital

Si vous ne jouissez pas de votre pleine capacité de travail et de gain, veuillez répondre aux questions a-c

a) Percevez-vous au titre de cette incapacité de travail resp. de gain, par suite de maladie ou d'accident, des prestations d'un assureur maladie ou accident?

Oui Non

b) Etes-vous annoncé auprès de l'Assurance-invalidité fédérale, auprès d'un assureur LAA (p.e.: la CNA) ou auprès de l'Assurance militaire fédérale?

Oui Non

Percevez-vous des prestations versées par ces institutions?

Oui Non

Une décision a-elle déjà été rendue?

Oui Non

Veillez joindre les copies des décisions, les décomptes d'indemnités journalières, etc.

4 Dernière institution de prévoyance

Auprès de quel employeur étiez-vous assuré la dernière fois dans le cadre de la prévoyance professionnelle (caisse de pensions)?

Date de sortie?

Auprès de quelle institution de prévoyance ou compagnie d'assurances?

Adresse:

Contrat n°:

5 Déclaration et autorisation de la personne à assurer

En signant la présente déclaration j'atteste avoir répondu de manière sincère et honnête à toutes les questions posées dans ce document. De par ma signature, je suis aussi responsable de toutes les informations fournies même si les réponses ne sont pas de ma propre écriture.

Je prends acte du fait qu'Helvetia est autorisée à résilier le contrat par déclaration écrite si un fait important n'a pas été déclaré ou l'a été inexactement (art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance LCA).

J'autorise Helvetia à traiter les données nécessaires pour l'examen de la proposition, l'exécution du contrat ou le règlement d'un cas où des prestations seraient dues. Si nécessaire, les données seront transmises aux parties prenantes au contrat en Suisse et à l'étranger, en particulier aux coassureurs et réassureurs, ainsi qu'aux sociétés du groupe Helvetia, pour traitement des données. J'autorise

Helvetia à se procurer des renseignements nécessaires et utiles auprès de médecins, thérapeutes, autres spécialistes médicaux, institutions médicales, autres compagnies d'assurance et tiers. Je délègue expressément les médecins, thérapeutes, autres spécialistes médicaux, institutions médicales, administrations, institutions d'assurance et autres tiers ainsi que les auxiliaires, du secret médical officiel, professionnel et contractuel et les autorise, ainsi qu'Helvetia, en particulier son service médical, à fournir les renseignements nécessaires pour l'examen de la proposition et le traitement des cas de prestations. Les données reçues peuvent être utilisées par les sociétés du groupe Helvetia ainsi que par leurs sociétés partenaires pour la soumission d'offres conformes aux besoins concernant leurs prestations de service. Mon autorisation est valable indépendamment de la conclusion du présent contrat.

Lieu, date

Signature de la personne à assurer

Veillez retourner ce formulaire à votre bureau de contact ou à Swisscanto Fondations collectives, Siège, St. Alban-Anlage 26, Case postale 3855, 4002 Bâle