

Questionnaire de santé complémentaire

Informations concernant l'employeur / le contrat

Nom	
Numéro de contrat	

La personne à assurer doit répondre elle-même par «oui» ou par «non» à chacune des questions ci-dessous. Lorsque la réponse est «oui», il convient de fournir les indications précises concernant les dates, les durées, la guérison, les éventuelles séquelles et les adresses des médecins traitants.

Déclaration de la personne à assurer

Nom		Date de naissance	
Prénom		N° d'ass. soc.	7 5 6
E-Mail (privé)			
Adresse			
Quelle activité professionnelle exercez-vous?			

Questionnaire de santé: à remplir par la personne à assurer

- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous, au cours des 5 dernières années, suivi un traitement dans un hôpital, un sanatorium ou un établissement de cure, ou un tel traitement est-il prévu? ☐ Oui ☐ Non
- Présentez-vous les séquelles d'un accident ou souffrez-vous d'un handicap physique (problème articulaire, perte d'un membre, matériel de fixation osseuse, etc.)? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous suivi un traitement par rayons X ou substances radioactives? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous été en incapacité de travail de plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous dû recevoir des soins médicaux pendant une durée supérieure à 3 semaines au cours des 5 dernières années? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous, au cours des 5 dernières années, été traité(e) pour un motif autre que ceux mentionnés ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu «oui» à l'une des questions 1 à 7 ci-dessus, veuillez répondre également aux questions de la rubrique 8. Sinon, passez à la question 9.

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

9. Fumez-vous? ☐ Oui ☐ Non Si oui, quoi? Combien par jour? Depuis quand?
10. Avez-vous, au cours des 5 dernières années, consommé des stupéfiants (drogues) quelconques? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquels?
11. Avez-vous, au cours des 5 dernières années, souffert de problèmes de dépendance (médicaments, alcool, drogues, etc.)? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, à quelle substance?
Fréquence de consommation?
Dernière fois?
Médecin traitant
12. Avez-vous effectué un test HIV qui a donné un résultat positif ou incertain? ☐ Oui ☐ Non
13. Votre acuité visuelle est-elle limitée? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, pouvez-vous (le cas échéant à l'aide de lunettes ou de lentilles de contact) lire sans problème un article de journal? ☐ Oui ☐ Non
14. Votre capacité auditive est-elle limitée? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, peut-elle être corrigée intégralement à l'aide d'un appareil auditif? ☐ Oui ☐ Non
15. Quelle est votre taille? cm
16. Quel est votre poids? kg

Levée du secret professionnel ou de fonction / droit de consulter les dossiers

Dans la mesure où la mise en œuvre de la prévoyance professionnelle l'exige, la personne soussignée libère l'assurance-invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assureurs-accidents, les institutions de prévoyance antérieures, les assureurs-maladie et les assureurs d'indemnité journalière en cas de maladie, les éventuels assureurs étrangers ainsi que les médecins traitants du secret professionnel ou de fonction à l'égard du réassureur et des services compétents de la Pro Medico Fondation. Elle habilite par ailleurs les institutions et les personnes précitées à fournir au besoin les informations nécessaires et à autoriser la consultation des dossiers. Seules les informations indispensables seront transmises, et toutes les données seront traitées de manière strictement confidentielle par le réassureur et la Pro Medico Fondation. Les données recueillies serviront exclusivement à l'exécution du contrat de prévoyance ou d'assurance.

La personne soussignée prend acte du fait que la Pro Medico Fondation et le réassureur peuvent, dans le cadre des dispositions légales, réduire ou refuser les prestations si les informations fournies sont erronées ou incomplètes.

Lieu et date

Signature

À renvoyer à: Pro Medico Fondation, Löwenstrasse 25, case postale, 8021 Zurich