

# ÉTAT DE SANTÉ

**Profmed**

Entreprise : \_\_\_\_\_

## DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURE(E)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_

## ETAT DE SANTE

Vous sentez-vous en bonne santé ?

oui  non

Si non, pour quelle raison/quel diagnostic ?

Depuis quand ?

Médecin, hôpital, adresse ?

Présentez-vous des restrictions de santé pouvant avoir des répercussions sur votre capacité de travail ou dont on peut s'attendre à ce qu'elles aient des répercussions sur votre capacité de travail dans les deux prochaines années ?

oui  non

Si oui, pour quelle raison/quel diagnostic ?

Depuis quand ?

Médecin, hôpital, adresse ?

Existe-t-il des réserves sur votre état de santé ou une surprime de risque dans la caisse de pension actuelle ?

\*  oui  non

\* **Documents requis** : Copie de la réserve et dernière attestation de prévoyance.

Avez-vous consulté un médecin, un psychologue ou un thérapeute au cours des 5 dernières années ou avez-vous suivi un traitement ?

oui  non

Si oui, pour quelle raison/quel diagnostic ?

Quand ?

Durée ?

Guérison sans séquelles ?

Médecin, hôpital, adresse ?

Avez-vous prévu de consulter un médecin ou d'être hospitalisé ou de faire un séjour en cure ou une opération ambulatoire est-elle prévue ?

oui  non

Si oui, pourquoi ?

Quand ?

Médecin, hôpital, adresse ?

## CONFIRMATION DU NOUVEAU COLLABORATEUR

J'autorise les médecins cités ainsi que l'institution de prévoyance à fournir des informations au service médical de son réassureur sur mon état de santé et/ou sur ma couverture de prévoyance actuelle et à traiter mes données dans le cadre du présent formulaire. Le réassureur de la Fondation de prévoyance PROFMED s'engage à traiter les informations reçues de manière confidentielle.

Par ma signature, je confirme avoir répondu avec sincérité et en intégralité aux questions posées. En cas d'informations erronées, l'institution de prévoyance ainsi que son réassureur sont en droit de refuser les prestations.

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Veuillez nous retourner le présent formulaire dans les 10 jours ouvrés.

Les réserves concernant l'état de santé sont valables maximum 5 ans. Les réserves sur l'état de santé préexistantes sont reprises par l'institution de prévoyance.

Lieu, date : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_