

Déclaration de santé

Employeur / adresse _____

Données personnelles du salarié(e)

Nom _____ Prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe F H
 Rue, no _____ NPA, lieu _____
 No AVS 756. _____ Profession _____
 Etat civil célibataire mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve
 Date de mariage : ____/____/____ Date de naissance du conjoint : ____/____/____

Motif d'annonce

Type de mutation : Affiliation dans la Fondation Modification de salaire et/ou de plan

Date d'effet : ____/____/____

En cas de nouvelle affiliation, votre embauche intervient-elle suite à un reclassement par l'assurance-invalidité (AI) ? oui non

Déclaration de santé (à compléter par la personne à assurer)

- 1) Avez-vous des troubles de la santé, des malformations, une cécité et/ou surdité, des séquelles d'accidents, de maladies ou d'affections congénitales ? oui non
- 2) Votre capacité de travail ou de gain est-elle réduite ? oui non
- 3) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement médical ou été soumis à un suivi médical pendant plus de 4 semaines, ou avez-vous été soumis à des contrôles médicaux répétés pendant cette période ? oui non
- 4) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement ou des consultations chez un psychothérapeute, un psychologue ou un médecin en raison de troubles de santé psychiques, avez-vous consulté un médecin en raison de problèmes du dos ou des articulations ou avez-vous suivi un traitement auprès de physiothérapeutes, de chiropraticiens ou d'ostéopathes ? oui non

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions 1 à 4, merci de préciser ci-dessous

No	Quelle maladie ou opération ? Quel accident ?	Quand ?	Durée ?	Guérison sans séquelle ?	Médecin traitant ? (Nom et adresse)

- 5) Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des 5 dernières années (à l'exception des contraceptifs) ? oui non

Si vous avez répondu « oui » à la question 5, merci de préciser ci-dessous					
Quels médicaments ?	Quelle raison ?	Quand ?	Durée ?	Guérison sans séquelle ?	Médecin traitant ? (Nom et adresse)

- 6) Fumez-vous ? oui non

Si oui, combien par jour ? _____ Depuis quand ? ____/____/____

- 7) Combien d'heures de sport pratiquez-vous en moyenne par semaine ? _____ heures par semaine

- 8) Avez-vous effectué un test du SIDA avec un résultat positif, voire incertain ? oui non

Si oui, quand : ____/____/____ Médecin responsable : _____

- 9) Taille : _____ cm Poids : _____ kg

- 10) Médecin qui connaît le mieux votre état de santé

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Institution de prévoyance précédente (à ne remplir qu'en cas de nouvelle affiliation à la Fondation)

- Existait-il une **réserve pour des raisons de santé** auprès de l'institution de prévoyance précédente ? oui non

Si oui, depuis quand : ____/____/____ Raison : _____

Nom et adresse de l'institution de prévoyance : _____

Attestation, autorisation et signature

La personne soussignée déclare avoir répondu aux questions contenues dans le présent document de façon exhaustive et conforme à la réalité. Elle s'engage à annoncer à la Fondation AROMED les modifications qui interviennent avant le début de la couverture d'assurance définitive. Une violation de l'obligation de déclarer peut conduire à la réduction ou au refus de prestations et des dommages et intérêts peuvent être demandés par la Fondation. Par sa signature, la personne à assurer autorise la Fondation à traiter les données collectées en vue de l'examen du risque et à se procurer auprès des institutions de prévoyance auxquelles elle a été assurée ainsi que des personnes du corps médical et de leur personnel auxiliaire, tout renseignement utile aux fins de l'examen du risque et de gestion des cas de prestation. La Fondation est également autorisée à transmettre le présent formulaire à son médecin conseil. En cas de nouvelle affiliation, l'assuré est couvert dans les seules limites de la prévoyance minimale LPP jusqu'au moment où la Fondation s'est prononcée sur l'acceptation de la couverture de prévoyance avec ou sans réserve. Sur la base du résultat de l'examen du risque, la Fondation peut émettre une réserve pour raisons de santé en relation avec les prestations subobligatoires. La durée de cette réserve est de cinq ans au plus. Les dispositions légales et réglementaires demeurent réservées. Nous vous prions de noter qu'en apposant votre signature, vous êtes responsable des déclarations même si un tiers a écrit les réponses.

Informations supplémentaires et remarques : _____

Lieu et date

Signature de l'assuré(e)