

## Déclaration de santé

Pour notre réassureur, PKRück, nous avons besoin de quelques informations sur votre état de santé. Veuillez répondre aux questions suivantes en toute sincérité. En cas de réticence, PKRück et par conséquent Avanea Caisse de pension pourront se désister du versement des prestations du régime sur obligatoire.

Nom de l'employeur  Contrat n°

Nom  Prénom

Date de naissance  N° AVS

Email  Activité prof.

	Oui	Non
1. Disposez-vous de votre pleine capacité de travail? Si <b>non</b> , veuillez indiquer le taux de votre incapacité de travail: <input type="text"/> %.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quelle est la raison de votre incapacité de travail? <input type="text"/>		
2. Vi vous répondez à l'une des questions suivantes par <b>oui</b> , veuillez remplir la page suivante.		
<b>2a</b> Au cours des 5 dernières années, étiez-vous en incapacité de travail partielle ou totale pendant plus de trois semaines ininterrompues?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2b</b> Au cours des 24 derniers mois, avez-vous eu plus de 4 consultations ou traitements (vaccination, grippe, dentiste et examen gynécologique de routine exclus) auprès d'un médecin ou d'un psychologue/psychiatre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2c</b> Suivez-vous actuellement un traitement auprès d'un médecin ou d'un psychologue/ psychiatre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2d</b> Au cours des 24 derniers mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance (contraception exclue) ou vous en a-t-on prescrits pour une durée de plus de 4 semaines?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2e</b> Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consommé des drogues illégales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2f</b> Avez-vous déjà bénéficié pendant plus de 6 semaines d'indemnités journalières et/ou d'une rente pour cause de maladie ou d'accident?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Etes-vous soumis(e) à un test de dépistage du sida qui a donné un résultat positif?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Veuillez indiquer votre taille ( <input type="text"/> cm) et votre poids ( <input type="text"/> kg).		
5. Votre caisse de pension, a-t-elle émis des réserves pour des raisons de santé ou a-t-elle prélevé une prime supplémentaire? Si oui, veuillez joindre une copie de la réserve / prime supplémentaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Déclaration de la personne à assurer

Je certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions de santé. J'autorise les médecins qui m'ont examiné(e) et traité(e) à communiquer confidentiellement au médecin-conseil de PKRück toutes les informations nécessaires sur mon état de santé.

Lieu et date

Signature de la personne assuré

**Questions 2a à 2c**

Quel es le diagnostic ou de quelles douleurs souffrez-vous?	Depuis quand?	Le traitement, est-il terminé?	Subsiste-t-il des suites/ peut-on s'attendre à une rechute/des complications?	Nom et adresse du médecin traitant/de l'hôpital:
		<input type="radio"/> oui, date <input type="text"/> <input type="radio"/> non		
		<input type="radio"/> oui, date <input type="text"/> <input type="radio"/> non		
		<input type="radio"/> oui, date <input type="text"/> <input type="radio"/> non		

**Question 2d**

Nom des médicaments prescrit?	Dosage	Depuis quand?	Le traitement, est-il terminé?	Nom et adresse du médecin traitant/ de l'hôpital:
			<input type="radio"/> oui, date <input type="text"/> <input type="radio"/> non	
			<input type="radio"/> oui, date <input type="text"/> <input type="radio"/> non	
			<input type="radio"/> oui, date <input type="text"/> <input type="radio"/> non	

**Question 2e**

Quelles drogues illégales consommez-vous ou avez-vous consommées?	Combien et à quelle fréquence?	Veillez indiquer la durée:

**Question 2f**

Pour quelle raison avez-vous bénéficié d'une rente et/ou d'indemnités journalière?	de	à

Nom et adresse du médecin qui a le plus d'informations sur votre état de santé:

Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assuré