



C<sup>IE</sup> D'ASSURANCE



CONTRAT N°

**Employeur** nom et adresse

[Empty text box for employer name and address]

**Indications concernant la personne à affilier**

nom et prénom

[Empty text box for name and first name]

n° AVS

[Empty text box for AVS number]

adresse, NP, localité

[Empty text box for address, NP, and locality]

date de naissance

[Empty text box for date of birth]

profession

[Empty text box for profession]

**Questions concernant la santé**

1. Etiez-vous au début de l'assurance (ou, en cas d'augmentation des prestations, au moment du changement) en incapacité de travail totale ou partielle ?  
[merci de joindre la décision de l'AI si vous en avez reçue une]  Oui  Non

---

2. Souffrez-vous en ce moment d'un quelconque trouble de la santé ou de suites d'un accident, d'une maladie ou d'une fausse couche ?  Oui  Non

---

3. Prenez-vous régulièrement des médicaments ou êtes-vous en traitement médical ou sur surveillance médicale ?  Oui  Non

---

4. Prenez-vous des stupéfiants (drogues) ou d'autres produits induisant la dépendance ?  Oui  Non

---

5. Avez-vous souffert au cours de ces cinq dernières années de quelconques maladies ou troubles, notamment mais pas exclusivement : troubles cardiaques ou circulatoires, pression sanguine élevée, tuberculose, maladies des organes respiratoires, ulcères, tumeurs, cancer, albumine dans l'urine, diabète, affections des reins, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou du foie, maladies des articulations ou du dos, épilepsie, troubles dépressifs ou nerveux, troubles de la vue ou de l'ouïe ?  Oui  Non

---

6. Avez-vous, au cours de ces cinq dernières années, été en incapacité de travail totale ou partielle pendant plus de quatre semaines à cause d'une maladie ou d'un accident ?  Oui  Non

---

7. Avez-vous été soumis à des examens qui n'ont pas donné de résultat normal (rayons X, ECG, test du sida, analyse de l'urine ou du sang ou autres examens particuliers) ?  Oui  Non

**Au cas où vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, nous vous prions de nous fournir les indications suivantes :**

N° de la question  de quand à quand?

quelles maladies, quels troubles, quels maux, quels examens?

[Empty text box for diseases, troubles, pains, and exams]

résultat :  guéri/rien à signaler, traitement terminé  non guéri/problèmes persistants/en traitement ou sous surveillance

médecins traitants, hôpitaux, etc. (indiquez aussi l'adresse et, pour les médecins ou le service)

[Empty text box for treating doctors, hospitals, etc.]





**Au cas où vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, nous vous prions de nous fournir les indications suivantes (suite) :**

N° de la question  de quand à quand?

quelles maladies, quels troubles, quels maux, quels examens?

résultat :  guéri/rien à signaler, traitement terminé  non guéri/problèmes persistants/en traitement ou sous surveillance

médecins traitants, hôpitaux, etc. (indiquez aussi l'adresse et, pour les médecins ou le service)

N° de la question  de quand à quand?

quelles maladies, quels troubles, quels maux, quels examens?

résultat :  guéri/rien à signaler, traitement terminé  non guéri/problèmes persistants/en traitement ou sous surveillance

médecins traitants, hôpitaux, etc. (indiquez aussi l'adresse et, pour les médecins ou le service)

**Remarques** (par exemple forme de traitement)

Y a-t-il eu dans l'ancienne institution de prévoyance une réserve ou une surprime pour des raisons de santé?  Oui  Non

Si oui, depuis quand?  Motif

Entreprise ou institution de prévoyance précédente

Adresse





Par la présente, je déclare avoir répondu complètement et véridiquement à toutes les questions figurant sur ce formulaire. Je suis conscient du fait qu'une violation de l'obligation d'annoncer peut avoir pour conséquence une réduction des prestations ou un refus de les verser et qu'elle peut donner lieu à des prétentions en dommages - intérêts. J'autorise la compagnie d'assurance à traiter les données nécessaires pour l'examen du risque et le droit aux prestations ainsi que pour l'établissement du contrat. En cas de nécessité, les données pourront être transmises à des tiers, en particulier au réassureur ainsi qu'aux institutions de prévoyance auxquelles l'assuré est ou a été affilié. J'autorise la compagnie d'assurance à requérir des renseignements auprès des médecins et de leur personnel, d'autorités, d'assurances sociales et de tiers pour l'évaluation du risque et du droit aux prestations, en particulier auprès de l'ancienne institution de prévoyance à propos de prestations éventuellement versées. A cet effet, je libère expressément les médecins et leur personnel de leur obligation de respecter le secret professionnel.

.....  
Lieu et date

.....  
Signature de la personne à assurer

## merci !

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales.

Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner par courrier ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email.

**AREAS SA**  
**Rue Plantamour 16**  
**Case postale 41**  
**1211 Genève 21**  
**info@areas.ch**

## vos commentaires

.....



**imprimer maintenant**

