



Caisse de prévoyance de la proparis Fondation de prévoyance arts et métiers Suisse, Berne

Questionnaire de santé

A l'attention du service médical de la caisse de pensions.

Remarque: la forme masculine utilisée dans ce texte désigne tant les hommes que les femmes.

Déclaration de la personne à assurer

Veuillez répondre à chaque question par «oui» ou par «non». Les questions auxquelles vous répondez par «oui» nécessitent des indications plus précises.

1. Données personnelles

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue, n°, NPA, localité:

Sexe

Féminin

Masculin

Etat civil:

Numéro d'assurance sociale:

2. Données professionnelles

Employeur

Activité professionnelle
actuelle?

3. Etes-vous sous traitement ou faites-vous l'objet d'un suivi médical?

Oui Non

Si oui, pour quelle
raison?

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

4. Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments de manière régulière au cours des cinq dernières années?

Oui Non

Si oui, lesquels et pour quelle raison?

| du mois/année | au mois/année | Motif, nom du médicament, dosage | Traitement terminé |
|----------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (adresse complète)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

5. Votre capacité de travail est-elle limitée d'une manière ou d'une autre (entièrement ou partiellement)?

Oui Non

Si oui, pour quelle raison?

| du jour/ mois/année | au jour/ mois/année | Motif de l'incapacité de travail | Degré de l'incapacité de travail |
|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (adresse complète)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

6. Durant les cinq dernières années, avez-vous été en incapacité totale ou partielle de travail pendant plus de trois semaines consécutives?

Oui Non

Si oui, pour quelle raison?

| du jour/ mois/année | au jour/ mois/année | Motif de l'incapacité de travail | Degré de l'incapacité de travail |
|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (adresse complète)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

7. Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous soumis à des bilans de santé ou à des examens préventifs?

Oui Non

Veillez ne remplir les champs ci-dessous que si une maladie a été détectée, ou encore si un traitement ou des examens complémentaires ont été recommandés.

| Mois/année | Type d'examen | Résultat de l'examen? |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital (*adresse complète*)

8. Au cours des dix dernières années, avez-vous été traité ou opéré dans un hôpital ou dans un autre établissement placé sous direction médicale?

Oui Non

Si oui, pour quelle raison?

| du mois/année | au mois/année | Type de traitement / opération? | Traitement terminé |
|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Ressentez-vous encore des douleurs / restrictions? Si oui, lesquelles?

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / de l'établissement (*adresse complète*)

9. Avez-vous une infirmité congénitale, un handicap physique ou des séquelles d'un accident?

Oui Non

Si oui, lesquels?

| Type de l'infirmité/de l'handicap physique/ des séquelles d'accident | Médecin / hôpital / professionnel de la santé |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**10. Au cours des dix dernières années, avez-vous suivi un traitement ou un conseil
psychiatrique ou psychologique?**

Oui Non

Si oui, pour quelle raison?

| du mois/année | au mois/année | Motif du traitement? | Traitement terminé |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

**11. Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté des médecins,
chiropraticiens, ostéopathes, physiothérapeutes ou d'autres professionnels de la santé qui
n'ont pas été mentionnés dans le présent formulaire?**

Oui Non

Si oui, pour quelle raison?

| du mois/année | au mois/année | Motif du traitement? | Traitement terminé |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Ressentez-vous encore des douleurs / restrictions? Si oui, lesquelles?

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (*adresse complète*)

12. Consommez-vous du tabac ou des substances qui peuvent être fumées?

Oui Non

Si oui, lesquelles?

| | Depuis quand (année)? | Quantité par jour? |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

13. Avez-vous rencontré des problèmes de dépendances au cours des dix dernières années (médicaments, alcool, drogues, etc.)?

Oui Non

Si oui, quelle substance?

Quand pour la dernière fois (mois/année)?

Nom, adresse du médecin / de l'hôpital / du professionnel de la santé (adresse complète)

14. Votre taille et votre poids

Taille en cm

Poids en kg

15. Percevez-vous des prestations (allocation journalière, rente, etc.) selon l'assurance invalidité fédérale (AI), l'assurance militaire (LAM), l'assurance accidents (LAA), la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP), une assurance sociale étrangère ou une autre assurance (p. ex. assurance d'indemnités journalières en cas de maladie) ou avez-vous demandé d'autres prestations?

Oui Non

Pour quel degré d'invalidité et quelle raison?

Degré d'invalidité en %

Cause

De quelle assurance?

Veillez joindre une copie des documents concernant ces prestations (p. ex. copie actuelle de la/des décision(s), du/des relevé(s) d'indemnités journalières, etc.).

16. Veuillez nous indiquer le nom de votre médecin de famille ou le médecin qui peut nous fournir au mieux des informations sur votre état de santé.

Nom et adresse complète

17. Avez-vous déjà eu une réserve de santé émise par l'institution de prévoyance précédente?

Oui Non

Si oui, veuillez joindre une copie de la réserve (définition médicale, début et durée).

La période écoulée d'une réserve de santé auprès de l'institution de prévoyance antérieure sera imputée à la nouvelle durée de la réserve de santé.

Dispense du secret professionnel ou du secret de fonction et droit de consultation du dossier

La personne soussignée délève l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assureurs-accidents, les institutions de prévoyance actuelles et précédentes, les assureurs maladie et d'indemnités journalières en cas de maladie, les éventuels assureurs étrangers ainsi que ses médecins traitants du secret professionnel et de fonction vis-à-vis de l'organe d'application de la caisse de pensions, dans la mesure où cela est nécessaire à l'application de la prévoyance en faveur du personnel (examen du risque ou traitement du cas de prévoyance concret). Par ailleurs, elle autorise les institutions et les personnes précitées à communiquer audit organe d'application de la caisse de pensions, au besoin, tous les renseignements nécessaires (données médicales comprises) et à lui donner le droit de consulter les dossiers. Seules les informations absolument nécessaires sont communiquées. De plus, la personne soussignée accepte que l'organe d'application de la caisse de pensions transmette ses informations personnelles ainsi que ses données médicales au sein de la fondation proparis pour examen des prestations ainsi que pour la lutte contre la fraude à l'assurance et les communique à d'autres assureurs et réassureurs concernés. La personne soussignée prend du reste connaissance du fait que l'organe d'application de la caisse de pensions ou de la fondation de prévoyance proparis peut mandater des tiers pour la conservation et le traitement des données. Les données sont traitées par l'organe d'application de la caisse de pensions et /ou le fondation de prévoyance proparis et les tiers mandatés dans la plus stricte confidentialité et ne sont utilisées que pour l'exécution du contrat de prévoyance ou d'assurance.

Lieu et date

Signature

L'examen du risque requiert l'autorisation d'autres institutions de prévoyance et des médecins traitants de fournir des renseignements. Veuillez utiliser à cet effet la déclaration ci-jointe («Libération du secret professionnel et de fonction, droit de consultation et de transmission des dossiers») qui doit porter la signature manuscrite originale. Nous attirons votre attention sur le fait que l'examen du risque ne peut être effectué que lorsque la déclaration est signée sans modification de texte telles que des suppressions et/ou des ajouts. L'autorisation est valable jusqu'à sa révocation écrite, au plus tard toutefois jusqu'à la fin de l'examen du risque.

En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, l'organe d'application de la caisse de pensions ou la fondation peuvent, dans le cadre des dispositions légales, réduire ou refuser les prestations.

A renvoyer à: