

Déclaration de santé LPP – A remplir complètement par la personne à assurer.

Coordonnées

Employeur:	N° de contrat :
Prénom:	Nom:
Rue:	NPA, lieu:
Téléphone:	E-mail:
Date de naissance:	N° AVS:
Activité professionnelle:	

Informations sur la santé

1. Etes-vous en pleine capacité de travail? oui non
 Si non, veuillez indiquer le degré de l'incapacité de travail: _____ %
 Quelle est la raison de votre incapacité de travail? _____
2. Si vous répondez à une des questions suivantes par **OUI**, veuillez remplir la page suivante:
 - 2.1. Au cours des 5 dernières années, étiez-vous en incapacité de travail partielle ou totale pendant plus de trois semaines ininterrompues? oui non
 - 2.2. 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? oui non
 - 2.3. Suivez-vous actuellement un traitement auprès d'un médecin ou d'un psychologue/psychiatre? oui non
 - 2.4. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance (contraception exclue) ou vous en a-t-on prescrit pour une durée de plus de 4 semaines? oui non
 - 2.5. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consommé des drogues illégales? oui non
 - 2.6. Avez-vous déjà bénéficié pendant plus de 6 semaines d'indemnités journalières et/ou d'une rente pour cause de maladie ou d'accident? oui non
3. Vous êtes-vous soumis(e) à un test de dépistage du sida qui a donné un résultat positif? oui non
4. Veuillez indiquer votre taille (_____ cm) et votre poids (_____ 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? oui non
 Si oui, quelle était la raison? _____
 Si oui, nous vous prions de joindre une copie de la réserve / de la prime supplémentaire.

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 la CCAP et à son réassureur PKRück toutes les informations nécessaires sur mon état de santé.

Lieu, date: _____ Signature: _____

Questions 2.1 à 2.3

Quel est 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/complication?	Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital
1		<input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non		
2		<input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non		
3		<input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non		

Question 2.4

Nom des médicaments prescrits?	Dosage	Depuis quand?	Le traitement, est-il terminé?	Nom et adresse du médecin traitant / de l'hôpital
1			<input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non	
2			<input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non	
3			<input type="radio"/> oui, depuis _____ <input type="radio"/> non	

Question 2.5

Quelles drogues illégales consommez-vous ou avez-vous consommées?	Combien et à quelle fréquence?	Veillez indiquer la durée.
1		
2		

Question 2.6

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

_____ de _____ à _____

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

Lieu, date: _____ Signature: _____

Réservé à la CCAP

Normal
 Autre

Service médical
Date et visa

Médecin-conseil
Date et signature
