

Procuration et déclaration sur l'état de santé

Nom, prénom _____

Occupation _____

Date de naissance _____ / _____ / _____ masculin féminin

Employeur _____

Caisse de prévoyance _____

Observation importante

elipsLife se réserve le droit de contrôler, au moyen d'un examen médical, l'admission aux conditions contractuelles. En cas de réponses incomplètes ou fausses au questionnaire ci-après, elipsLife est libérée de son devoir de prestation si elle dénonce le contrat dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence.

Procuration

Avec votre signature vous autorisez elipsLife à traiter les données dont elle a connaissance dans le cadre des rapports d'assurance et à les transmettre, dans la mesure où cela est nécessaire, à des réassureurs, d'autres assureurs, des autorités, d'autres personnes concernées ainsi qu'à recueillir des informations auprès de ceux-ci. Vous déliez les hôpitaux, les médecins, les autorités, les entreprises d'assurance et les autres institutions d'assurance de leur devoir de discrétion et leur donnez l'autorisation de fournir à Elips Life ou à son service médical toutes les informations dans le cadre des rapports d'assurance.

Protection des données

elipsLife traite vos données de manière sûre et totalement confidentielle. Elips Life est très attentive au respect absolu des dispositions légales sur la protection des données.

Veuillez s.v.p. remplir, dater et signer la déclaration sur l'état de santé sur la page suivante.

Lieu, date

Signature de la personne à assurer

Déclaration sur l'état de santé

Nom, prénom _____ Date de naissance _____

1. Êtes-vous actuellement en pleine capacité de travail? oui non
Si non, veuillez indiquer raison, durée et degré d'une incapacité de travail: _____ %

2. Taille _____ cm Poids _____ kg

3. Pendant les dernières 3 ans, avez-vous fumé ou consommé des produits contenant du tabac ou de la nicotine? oui non
Si oui, veuillez indiquer quelle sorte de consommation et la quantité: _____

4. Consommez-vous d'alcool (1 unité = 1 dl de vin, 3dl de bière, 4cl de spiritueux) ou abusez-vous de stupéfiants? oui non
Si oui, veuillez indiquer le nombre d'unités par semaine _____

5. Avez-vous été en incapacité de travail pour des raisons de santé pendant plus de 2 semaines au cours des 12 mois écoulés? oui non
Si oui, pour quelle raison, durée? _____

6a Au cours des 5 dernières années, avez-vous séjourné dans un hôpital, un sanatorium ou une maison de cure, ou envisagez-vous un traitement stationnaire prochainement? oui non

6b Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années, de troubles physiques, psychiques ou mentaux? Souffrez-vous des séquelles d'un accident, d'une maladie ou d'un handicap (p. ex. ankylose, perte d'un membre, port de matériel de fixation des os, handicap de l'ouïe ou visuel)? oui non

En cas de réponse positive aux questions 6a ou 6b, veuillez compléter ci-dessous

Genre de trouble et genre de traitement	de	à	Médecin ou hôpital (avec adresse et service)	Guerison sans séquelles
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

7. Avez-vous été soumis à des examens qui **n'ont pas** donné de résultat normal : (p. ex. rayons X, ECG, test du sida, analyse d'urine, de sang ou autres examens)? oui non
Si oui, lesquels? Résultat ? _____

8. Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si pour hypertension ou hyperlipidémie, s.v.p. indiquer les derniers valeurs. oui non
Si oui, lesquels, raison? _____
 Médecin traitant: _____

9. Votre demande d'admission a-t-elle été refusée ou acceptée à des conditions aggravées (p. ex. réserve, supplément de prime, réduction de la durée d'assurance ou des prestations) par une entreprise d'assurance? oui non
Si oui, quand, genre de aggravation, pourquoi? _____

10. Faites-vous valoir des prestations auprès de l'assurance invalidité, l'assurance militaire, l'assurance d'indemnités journalières ou contre les accidents ou recevez-vous des prestations de celles –ci actuellement ou au début de l'assurance (joindre les copies des décisions éventuelles)? oui non
Si oui, lesquels? _____

11. Quel médecin connaît le mieux vos antécédents médicaux? Si nécessaire, indiquer plusieurs adresses :

Nom, adresse, téléphone : _____

Nom, adresse, téléphone : _____

Observation importante

elipsLife se réserve le droit de contrôler, au moyen d'un examen médical, l'admission aux conditions contractuelles. En cas de réponses incomplètes ou fausses au questionnaire ci-après, elipsLife est libérée de son devoir de prestation si elle dénonce le contrat dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence.

Lieu, date

Signature de la personne à assurer