

Annonce / Déclaration de santé à l'assurance vie collective

Données sur le preneur d'assurance

Nom _____ Contrat no _____
Rue, no _____ Catégorie _____
NPA, lieu _____

Données personnelles

Nom _____ Prénom _____
Rue, no _____ Sexe homme femme
NPA, lieu _____ Etat civil célibataire veuf/veuve
Date de naissance _____ marié(e) lié(e) par un partenariat
No AVS _____ enregistré
Activité prof. / Fonction _____ Date du mariage, resp.
Salaire AVS annuel CHF _____ enregistrement du partenariat _____
(Salaire calculé pour une année complète) divorcé(e) partenariat dissous
Degré d'occupation _____ % Date du divorce, resp.
dissolution du partenariat _____
Langue allemand français italien
Pers. à charge oui non
Assurance LAA oui non

Raison de l'annonce

Mutation Entrée dans la fondation Augment. des prestations Autre _____
Date d'effet _____

Ne répondre qu'en cas de nouvelle entrée dans la fondation :

L'embauche intervient-elle suite à un reclassement par l'assurance-invalidité (AI) ? oui non

Capacité de travail

La personne à assurer a-t-elle actuellement et au moment où débute l'assurance sa pleine capacité de travail ? oui non

Si non : Degré d'incapacité de travail _____ % Depuis quand ? _____

A-t-elle fait une demande de prestations auprès d'une assurance sociale (AI, AA, AM) ou d'une autre assurance ? (Pour autant que la décision soit disponible, veuillez la joindre !) oui non

Si oui, auprès de qui ? _____

Une rente d'invalidité a-t-elle été réduite ou supprimée sur la base de la révision AI 6a ? oui non

Si oui : Degré d'invalidité avant réduction _____ % Fin du délai de protection de 3 ans _____

(Pour autant que la décision AI soit disponible, veuillez la joindre !)

La personne à assurer ainsi que le preneur d'assurance attestent que les informations données sont exactes et complètes.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer

Signature du preneur d'assurance

Important : le verso doit être rempli et signé par la personne à assurer !

Déclaration de santé

1. Taille _____ cm Poids _____ kg
2. Prenez-vous actuellement des médicaments ou vous en a-t-on prescrits ? oui non
Si oui, de _____ à _____ Lesquels, raison ? _____
Médecin (adresse exacte) _____
3. Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (drogues) ou une/d'autre(s) substance(s) induisant une dépendance ? oui non
Si oui, de _____ à _____ Lesquels/lesquelles ? _____
4. Vous êtes-vous soumis(e) à un test de dépistage du sida qui a donné un résultat positif ou probablement positif ? oui non
Quand ? _____
5. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années de maladies, de troubles ou d'affections physiques, psychiques ou mentales ? Souffrez-vous des conséquences d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité ? Si oui, desquelles ? oui non

Genre de la maladie / accident, infirmité, traitements, examens	de	à	Durée de l'incap. de travail	Médecin ou hôpital Avec adresse exacte et département
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

La Mobilière se réserve le droit d'examiner l'admission aux conditions contractuelles sur la base d'un rapport médical.

Rapports de prévoyance précédents (ne remplir qu'en cas de nouvelle entrée dans la fondation)

- Existait-il une **réserve** ou une **surprime** pour des raisons de santé auprès de l'institution de prévoyance précédente ? oui non
Si oui, depuis quand ? _____ Raison ? _____
Instit. de prévoyance précédente, y c. adresse _____

Nous vous prions de joindre votre attestation de prévoyance, mentionnant les prestations assurées, invalidité et décès, auprès de l'institution de prévoyance de votre ancien employeur.

- Dans le passé, des droits à des prestations de prévoyance ou le droit à une prestation de libre passage ont-ils été mis en gage ? oui non
Si oui, qui est le créancier ? _____
Un retrait anticipé total ou partiel de la prestation de libre passage a-t-il eu lieu ? oui non
Quand ? _____ CHF _____

Explication sur l'obligation de déclarer et la protection des données

Par la présente, je déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de façon exhaustive et conforme à la vérité. Je suis conscient(e) qu'une violation de l'obligation de déclarer peut conduire à la réduction ou au refus de prestations, et que des dommages et intérêts peuvent être demandés. En signant le présent formulaire, j'autorise la Mobilière à traiter les données collectées (p. ex. nom, date de naissance, etc.) en vue de l'examen du risque, de l'exécution du contrat d'assurance vie collective et de l'examen du droit aux prestations. En outre, la Mobilière est en droit de se procurer auprès de l'assureur précédent ou auprès de tiers, notamment auprès des personnes du corps médical et de leur personnel auxiliaire, des autorités, des assurances sociales, de même qu'auprès des institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), tout renseignement utile concernant le déroulement des prestations, en particulier aux fins d'examen du risque et de gestion des cas de prestation. La Mobilière est également autorisée à se procurer des données personnelles sensibles (telles que des données médicales) et des profils de personnalité ou de consulter des dossiers officiels nécessaires à l'évaluation du risque et à l'examen du droit aux prestations. A cette fin, je libère expressément les personnes du corps médical et leur personnel auxiliaire de leur devoir de discrétion. Si l'exécution du contrat d'assurance vie collective nécessite la coordination avec d'autres contrats par lesquels je suis également assuré auprès de la Mobilière dans le cadre de la prévoyance professionnelle, ou si le traitement du cas de prestation l'exige, je consens à ce que la Mobilière transmette des données personnelles (y. c. des données particulièrement sensibles, telles que des données médicales), en vue de leur traitement, à des tiers en Suisse et à l'étranger participant au contrat d'assurance vie collective ou à un autre contrat par lequel je suis également assuré auprès de la Mobilière dans le cadre de la prévoyance professionnelle, en particulier aux coassureurs et réassureurs, de même qu'aux institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), ainsi qu'à des sociétés du Groupe Mobilière participant à l'exécution des rapports d'assurance.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer