

Indications sur l'état de santé

Indications sur l'état de santé

Nom _____ Prénom _____

Société _____ N° d'assurance sociale 756. _____

Avez-vous eu, au cours des 5 dernières années, des troubles de la santé ou des maladies ayant entraîné une incapacité de travail totale ou partielle de plus de 3 semaines, ou avez-vous actuellement des troubles de la santé ou des maladies ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ? _____

Etes-vous ou étiez-vous au cours des 5 dernières années l'objet d'examens médicaux, de traitement et/ou de contrôle par un médecin ou autre spécialiste médical (p. ex. psychologue, psychothérapeute, chiropraticien, ostéopathe, physiothérapeute, etc.) ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous été examiné(e), traité(e) ou opéré(e) au cours des 5 dernières années dans un hôpital ou autre établissement sous direction médicale ? ☐ Oui ☐ Non

Détails relatifs aux deux dernières questions :

Pour quelles maladies ou affections, etc. ?	De quand à quand ?	Remarques	Nom, adresse des médecins, spécialistes et/ou hôpitaux traitants
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Prenez-vous régulièrement des médicaments (à l'exception de la pilule contraceptive) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ? _____ Médecin traitant _____

Adresse exacte _____

Y a-t-il une réserve émise par la caisse de pension actuelle ? ☐ Oui ☐ Non

(si oui, veuillez joindre une copie de la lettre de réserve sous pli fermé).

Touchiez-vous au cours des 5 dernières années des prestations de rente ou d'indemnité journalière selon l'AI fédérale, la LAM, la LAA, la LPP, d'une assurance sociale étrangère ou d'une autre assurance, ou avez-vous demandé des prestations ? (Veuillez joindre des copies des décisions des institutions citées.) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de qui ? _____ Si oui, pour quel degré d'AI ? _____

Durée de perception ? Du _____ au _____ rente annuelle ou taux d'indemnité journalière _____

Déliement du secret professionnel ou officiel / Consultation des dossiers

Il doit être répondu de manière véridique aux questions ci-dessus. Une réticence ou des indications incomplètes peuvent pousser Swisscanto Flex Fondation Collective ou votre réassureur à réduire ou à refuser les prestations dans le cadre des dispositions légales. La personne à assurer autorise la Fondation Collective Swisscanto Flex et son réassureur si nécessaire à faire appel à des médecins-conseils et à se procurer directement tous les renseignements nécessaires à la vérification de l'affiliation et du droit aux prestations ; ceci auprès de tous les médecins qui aient jamais traité la personne à assurer, auprès de tous les organismes d'assurance auxquels la personne assurée ait jamais été affiliée, ainsi qu'auprès de l'office AI et de la caisse de compensation compétents. Elle délègue par la présente expressément toutes ces instances du secret professionnel et de l'obligation de discrétion. Seules les informations concrètement nécessaires seront demandées et toutes les données seront traitées de manière strictement confidentielle par Swisscanto Flex et son réassureur. Les données concernées servent uniquement à l'exécution contractuelle de la prévoyance du personnel.

Lieu, date

Signature de la personne à assurer

Swisscanto Flex Fondation Collective des Banques Cantonales
Bureau
Case postale
8152 Glattbrugg
043 210 19 00
flex@pfs.ch