

Annonce / Déclaration de santé à l'assurance collective

Employeur **N° de contrat**

Données personnelles

Monsieur Madame

Nom Prénom

Rue NPA, Lieu

Téléphone E-mail

Date de naissance N° d'assuré

Activité prof. / Fonction

Salaires AVS annuel (Salaires calculés pour une année complète) CHF Taux d'occupation (%)

Etat civil Célibataire Marié Veuf / veuve Date du mariage / d'enregistrement du partenariat

Séparé Divorcé Date du divorce / de la dissolution du partenariat

Personnes à charge Oui Non Assurance LAA Oui Non

Motif de la déclaration

Entrée dans la fondation Augment. des prestations

Par date

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

L'embauche est-elle consécutive à un reclassement par l'assurance-invalidité (AI)? Oui Non

Capacité de travail

La personne à assurer possède-t-elle sa pleine capacité de travail actuellement et au début de l'assurance? 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? (Merci de joindre la décision si elle est disponible) Oui Non

Si oui, auprès de qui?

La personne à assurer et le preneur d'assurance attestent de l'exactitude et de l'exhaustivité des renseignements fournis.

Lieu et date Signature de la personne à assurer

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

Lieu et date Signature de l'employeur *

* Nécessaire uniquement en l'absence de demande séparée

Déclaration de santé

1. Taille en cm Poids en kg
2. Prenez-vous actuellement des médicaments ou vous en a-t-on prescrit? Oui Non
Si oui, de à
Lesquels, raison?
Médecin (adresse exacte)
3. Consommez-vous ou avez-vous consommé des produits stupéfiants (drogues) ou une / des substances engendrant une dépendance? Oui Non
Si oui, de à Lesquels?
4. Vous êtes-vous soumis à un test de dépistage du VIH qui a donné un résultat positif ou probablement positif? Oui Non
Si oui, quand?
5. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années de maladies, troubles ou affections physiques, psychiques ou mentales? Souffrez-vous des conséquences d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité? Oui Non
Si oui, lesquelles?

Nature de la maladie / de l'accident, de l'infirmité, traitements, examens	de	au	Durée de l'incap. de travail	Médecin ou hôpital Adresse et service exacts
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Anciens rapports de prévoyance (à ne compléter qu'en cas de nouvelle entrée à la fondation):

- L'institution de prévoyance précédente a-t-elle mis en place une réserve ou une surprime pour raisons de santé? Oui Non
Si oui, depuis quand? Raison?
Ancienne instit. de prévoyance et adresse

Merci de bien vouloir joindre votre attestation de prévoyance mentionnant les prestations d'invalidité et de décès assurées auprès de l'ancienne institution de prévoyance.

- Des droits à des prestations de prévoyance ou le droit à la prestation de libre passage ont-ils été mis en gage dans le passé? Oui Non
Si oui, qui est le créancier?
La prestation de libre passage a-t-elle été intégralement ou partiellement retirée par anticipation? Oui Non
Si oui, quand? CHF

Explication relative à l'obligation de déclarer et à la protection des données

Je déclare par la présente avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de façon exhaustive et conforme à la vérité. Je suis conscient / e que toute violation de l'obligation de déclarer peut conduire à la réduction ou au refus de prestation et est passible de dommages et intérêts. En signant le présent formulaire, j'autorise Tellico pk et ses prestataires de services, respectivement la Mobilière* à traiter les données collectées (nom, date de naissance, etc.) en vue de l'examen de la demande, de l'exécution de l'assurance collective et de l'examen du droit aux prestations. La Mobilière est en outre habilitée à se procurer, auprès de l'assureur précédent ou de tiers, notamment auprès des personnes du corps médical et de leur personnel auxiliaire, des autorités et des assurances sociales, 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 habilitée à se procurer des données personnelles sensibles (telles que des données médicales) et des profils de personnalité ou à consulter des dossiers officiels nécessaires à l'évaluation du risque et à l'examen du droit aux prestations. A cette fin, je délègue expressément les personnes du corps médical et leur personnel auxiliaire de leur devoir de discrétion. Si l'exécution de l'assurance collective ou le traitement du cas de prestation l'exige, je consens à ce que la Mobilière transmette des données personnelles, en vue de leur traitement, à des tiers participant au contrat en Suisse et à l'étranger, 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.

*La Mobilière est le réassureur de Tellico pk.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer