



# Examen de santé

**Swiss Life SA**  
**Service médical Entreprises**  
**Case postale**  
**8022 Zurich**

<b>Employeur</b>	<b>Entreprise</b>	_____	
	<b>Contrat</b>	_____	
	<b>Catégorie d'assurés</b>	_____	
	<b>Fondation</b>	Fondation collective LPP Swiss Life	
<b>Employé</b>	<b>Nom</b>	_____	
	<b>Prénom</b>	_____	
	<b>N° d'assuré</b>	756. _____	<b>Date de naissance</b> _____
	<b>Rue, n°</b>	_____	
	<b>NPA, domicile</b>	_____	
	<b>Téléphone n°</b>	_____	<b>Sexe</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
	<b>Adresse e-mail</b>	@ _____	

**Déclaration de la personne à assurer**

Veillez répondre par "oui" ou "non" à chaque question. En cas de réponse affirmative, préciser la date, la durée, la guérison, les séquelles éventuelles ainsi que l'adresse du médecin traitant.

- Dans quelle branche (type d'activité) travaillez-vous?** \_\_\_\_\_
- En quoi consiste votre occupation professionnelle?** \_\_\_\_\_
- Suivez-vous un traitement ou faites-vous l'objet d'un suivi pour raisons médicales?**  oui  non  
 Si oui, pour quelle raison? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nom, adresse du médecin, du professionnel de la santé ou de l'hôpital

- Consommez-vous ou avez-vous consommé régulièrement des médicaments au cours des 5 dernières années?**  oui  non  
 Si oui, pour quelle raison? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Quels étaient les médicaments?

\_\_\_\_\_  
 Nom, adresse du médecin, du professionnel de la santé ou de l'hôpital

- Votre capacité de travail est-elle restreinte d'une façon ou d'une autre (partiellement ou entièrement)?**  oui  non  
 Si oui, pour quelle raison? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nom, adresse du médecin, du professionnel de la santé ou de l'hôpital



6. **Avez-vous été en incapacité de travail (totale ou partielle) pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années?**  oui  non  
Motif de l'incapacité de travail? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom, adresse du médecin, du professionnel de la santé ou de l'hôpital

Date \_\_\_\_\_ Début du traitement \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_ semaines  
(mois/année) (mois/année)

Guérison:  oui  non

Conséquences:  oui  non Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

7. **Avez-vous été opéré, traité ou subi des analyses dans des hôpitaux ou d'autres institutions médicales au cours des dix dernières années?**  oui  non

Type de trouble de la santé, de traitement, d'opération? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom, adresse du médecin, du professionnel de la santé ou de l'hôpital

Date \_\_\_\_\_ Début du traitement \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_ semaines  
(mois/année) (mois/année)

Guérison:  oui  non

Conséquences:  oui  non Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

8. **Présentez-vous une infirmité congénitale, un handicap physique ou des séquelles liées à un accident?**  oui  non  
Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Quel médecin, hôpital est le plus à même de fournir les renseignements correspondants?

9. **Au cours des 10 dernières années, avez-vous consulté ou avez-vous été en traitement chez un psychiatre ou un psychologue?**  oui  non

Motif du traitement, de la consultation? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom, adresse du médecin, du professionnel de la santé ou de l'hôpital

Date \_\_\_\_\_ Début du traitement \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_ semaines  
(mois/année) (mois/année)

Guérison:  oui  non

Conséquences:  oui  non Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

10. **Avez-vous consulté au cours des 5 dernières années des médecins, chiropraticiens, physiothérapeutes ou autres professionnels de la santé non encore mentionnés jusqu'ici ?**  oui  non

Motif du traitement, de la consultation? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom, adresse du médecin, du professionnel de la santé ou de l'hôpital

Date \_\_\_\_\_ Début du traitement \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_ semaines  
(mois/année) (mois/année)

Guérison:  oui  non

Conséquences:  oui  non Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

11. **Consommez-vous des produits à base de tabac ou des substances qui peuvent être fumées?**  oui  non

cigarettes  cigares  pipe  autre chose: quoi? \_\_\_\_\_

Depuis quand? \_\_\_\_\_ Quantité quotidienne: \_\_\_\_\_



12. **Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (drogues de synthèse comprises) au cours des 10 dernières années?**  oui  non

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Quand pour la dernière fois? \_\_\_\_\_

A quelle fréquence? \_\_\_\_\_

13. **Avez-vous ou avez-vous eu au cours des 10 dernières années des problèmes de dépendance (aux médicaments, à l'alcool, etc.)?**  oui  non

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Quand pour la dernière fois? \_\_\_\_\_

A quelle fréquence? \_\_\_\_\_

Médecin traitant? (nom et adresse)

\_\_\_\_\_

14. **Vous êtes-vous soumis à un test de dépistage du sida?**  oui  non

Si oui, quel était le résultat  HIV-positif  HIV-négatif

Médecin traitant? (nom et adresse)

\_\_\_\_\_

15. **Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, affections ou troubles de santé touchant les yeux, comme des écarts par rapport à l'acuité visuelle normale, une amblyopie, des inflammations de la rétine ou autres?**  oui  non

Correction (dioptries) oeil gauche: \_\_\_\_\_ oeil droit: \_\_\_\_\_

Quel médecin, hôpital est le plus à même de fournir les renseignements correspondants?

\_\_\_\_\_

16. **Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, affections ou troubles de santé touchant l'ouïe, comme une surdité partielle, des inflammations, des acouphènes ou autres?**  oui  non

Quel médecin, hôpital est le plus à même de fournir les renseignements correspondants?

\_\_\_\_\_

17. **Quelle est votre taille?** \_\_\_\_\_ cm

18. **Quel est votre poids?** \_\_\_\_\_ kg

19. **Percevez-vous ou avez-vous perçu des prestations (indemnité journalière, rente etc.) selon la loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI), la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM), la loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA), la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP), une assurance sociale étrangère ou une autre assurance (comme par exemple une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie)?**  oui  non

Pour quel degré d'invalidité? \_\_\_\_\_ %

De qui:

\_\_\_\_\_

Veuillez joindre une copie des documents concernant ces prestations (par ex. copie actuelle de la / des disposition(s), calcul des indemnités journalières, etc.)

20. **Veuillez nous indiquer le nom de votre médecin de famille ou du médecin qui peut nous fournir au mieux des informations sur votre actuel état de santé.**

Nom et adresse complète

\_\_\_\_\_



<b>Personne assurée</b>	<b>Nom</b>	_____	
	<b>Prénom</b>	_____	
	<b>N° d'assuré</b>	756. _____	<b>Date de naissance</b> _____
	<b>Rue, n°</b>	_____	
	<b>NPA, domicile</b>	_____	
	<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme

#### Dispense du secret professionnel ou du secret de fonction et droit de consultation du dossier

Dans la mesure où cela est nécessaire à l'application de la prévoyance en faveur du personnel (examen du risque ou traitement du cas de prévoyance concret), le signataire délie l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assurances accidents, d'autres institutions de prévoyance et les institutions de prévoyance précédentes, les assurances maladie et les assurances d'indemnité journalière, les éventuelles assurances étrangères ainsi que tous les médecins traitants du secret professionnel et de fonction vis-à-vis de Swiss Life et de la fondation. Par ailleurs, elle autorise les institutions et les personnes précitées à communiquer à Swiss Life et à la fondation, si besoin est, tous les renseignements nécessaires (**y compris les données médicales**) et à lui donner le droit de consulter les dossiers correspondants. Seules les informations concrètes et nécessaires seront demandées. De plus, le signataire est d'accord avec le fait que Swiss Life et la fondation fassent circuler ses informations personnelles ainsi que ses données médicales au sein de Swiss Life pour examen des prestations ainsi que pour la lutte contre la fraude à l'assurance et les communiquent aux autres assureurs et réassureurs concernés. La personne soussignée prend par ailleurs connaissance du fait que Swiss Life peut mandater des tiers pour la conservation et le traitement des données. Les données sont traitées par Swiss Life, la fondation et les tiers mandatés de façon strictement confidentielle et ne sont utilisées que pour l'exécution des termes du contrat de prévoyance ou d'assurance.

#### Signature

#### Personne à assurer

_____	_____	_____
Date	Lieu	Signature

**En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, Swiss Life et la fondation peuvent réduire les prestations ou refuser de les verser dans le cadre des dispositions légales.**

**Si vous avez déjà eu une réserve de santé d'une ancienne institution de prévoyance, veuillez nous remettre une copie de celle-ci (Définition médicale, nature, début et durée).**

**Veillez envoyer le présent formulaire à: Swiss Life SA, Service médical Entreprises, Case postale, 8022 Zurich**

