

Questionnaire de santé

pour les assurances complémentaires Top & Plus et les personnes de condition indépendante

Je suis employé/e indépendant/e

Numéro de décompte :

Adresse commerciale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date d'entrée auprès de l'employeur :

Début de l'assurance :

Plan de prévoyance :

Salaire annuel brut AVS :

Date de naissance (jour, mois, année) :

Numéro AVS :

Nom, Prénom :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse privée :

Ne sont pas à déclarer dans les questions ci-dessous les amygdalites et appendicites, la grippe, les refroidissements, les oreillons, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grossesse.

1. Êtes-vous en pleine capacité de travail ? Oui Non
2. Souffrez-vous de séquelles d'un accident ou d'une maladie ou encore d'un handicap de naissance ? Oui Non
3. Souffrez-vous actuellement de problèmes de santé ? Oui Non
4. Êtes-vous actuellement en traitement ou sous surveillance auprès d'un médecin, d'un psychothérapeute, d'un psychiatre, d'un chiropraticien ou d'un autre thérapeute (personnes qui traitent des maladies ou des séquelles d'accident) ? Oui Non
5. Une consultation, un examen ou un traitement est-il prévu ou vous a-t-il été recommandé ? Oui Non
6. Avez-vous subi des examens (radiographie, ECG, test VIH etc.) qui ont produit un résultat anormal ? Oui Non
7. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi une opération (en ambulatoire ou stationnaire) ou une telle opération est-elle prévue ou vous a-t-elle été recommandée ? Oui Non
8. Votre dernière caisse de pension a-t-elle émis une réserve relative à votre état de santé ?
Si oui, merci de joindre une copie de leur décision. Oui Non
9. Avez-vous régulièrement pris des médicaments au cours des cinq dernières années ou prenez-vous régulièrement des médicaments à l'heure actuelle (à l'exclusion des contraceptifs) ? Oui Non
10. Percevez-vous des prestations de l'AI, de l'AM, de l'AA, de la PP, d'une assurance sociale étrangère ou d'une autre assurance ou avez-vous demandé des prestations ? Oui Non
11. Dans les cinq années qui ont précédé le début de l'assurance, avez-vous souffert de problèmes santé qui ont conduit à une incapacité de travail (complète ou partielle) de plus de trois semaines ? Oui Non

12. Sera puni (art. 76 LPP) celui qui, par des indications fausses ou incomplètes, ou de toute, autre manière aura obtenu, pour lui-même ou pour autrui, une prestation de l'institution de prévoyance ou du fonds de garantie qui ne lui revient pas.
13. La personne à assurer doit fournir des informations sur son état de santé. La Caisse de pension GastroSocial peut vous demander par ailleurs de vous soumettre à un examen auprès du médecin-conseil qu'elle aura désigné. Si cet examen fait apparaître un risque accru, la Caisse de pension GastroSocial peut formuler une ou plusieurs réserves ou refuser l'affiliation à l'assurance complémentaire. Les personnes de condition indépendante présentant un risque de santé accru ne sont pas admises dans l'assurance. Une réserve ou une exclusion peut aussi être prononcée ultérieurement si la personne à assurer a communiqué inexactement ou omis de communiquer un facteur de risque considérable dont elle avait ou aurait dû avoir connaissance. Une réserve concerne uniquement la part surobligatoire de la prévoyance. Le motif et la durée de la réserve sont communiqués par écrit à la personne à assurer. Une réserve peut être prononcée pour une durée maximale de cinq ans.

Je confirme que j'ai répondu fidèlement aux questions 1 à 11 et que j'ai pris connaissance des points 12 et 13.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer