

Déclaration de santé pour l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie

Répondez aux questions munies de ce signe en marquant d'une croix la case qui convient.

A Personne à assurer

Nom _____

Prénom _____

Rue/no _____

NPA/Localité _____

Date de naissance _____ (jour/mois/année)

Nationalité _____

Sexe masculin féminin

D'autres assureurs vous ont-ils refusé des propositions ou ne vous ont-ils accepté qu'à des conditions restrictives? oui non Si oui, pourquoi? _____

Veillez nous indiquer ici le nom et l'adresse de votre médecin de famille ou du médecin qui vous a traité en dernier:

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Questions 2-6 et 11-13: si vous répondez oui à une de ces questions, il vous faudra donner des renseignements plus précis à la rubrique C ou sur la feuille en annexe.

B Déclaration de santé

- Vous sentez-vous actuellement en parfait état de santé? oui non
- Avez-vous subi un traitement médical ou un contrôle au cours des 5 dernières années? Des médecins, psychiatres, psychologues, physiothérapeutes, chiropraticiens, naturopathes, logopédistes, ergothérapeutes ou d'autres personnes paramédicales vous traitent-ils ou vous ont-ils traité?** oui non
- Avez-vous séjourné ou séjournerez-vous actuellement dans un hôpital, une clinique spécialisée, un sanatorium, un établissement de cure ou avez-vous subi une cure de désintoxication? oui non
- Est-il prévu ou vous a-t-on conseillé un traitement ambulatoire ou une opération ou un séjour hospitalier ou une cure? oui non
- Avez-vous déjà subi une opération? oui non
- Avez-vous des séquelles d'une maladie, d'un accident ou souffrez-vous de troubles dus à la naissance ou d'une infirmité congénitale ou présentez-vous des dispositions particulières à une maladie constatées par un médecin? oui non
- Mensurations: Taille _____ cm Poids _____ kg
- Avez-vous subi un test HIV/hépatite (hépatite B, C)? oui non
Si oui, quand? _____
 HIV positif HIV négatif Aucun test HIV effectué
 Hépatite positif Hépatite négatif Aucun test d'hépatite effectué
- Prenez-vous régulièrement des médicaments ou en avez-vous pris régulièrement au cours des cinq dernières années? oui non
Si oui, lesquels, à quelle fréquence, pendant combien de temps et pour quelles maladies/affections?

Nom du médicament	Quantité/jour	Durée de la prise	Maladie/affection
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

10. Consommez-vous régulièrement de la nicotine, de l'alcool, des stupéfiants ou d'autres substances nocives ou l'avez-vous fait par le passé? oui non

Si oui, indiquer l'unité/la quantité par jour/semaine:

Nicotine (cigarettes, cigarettes électroniques, cigares, shishas, pipes)

Alcool (1 unité = 1 dl vin, 3 dl bière ou 4 cl spiritueux)

Stupéfiants (cannabis, marijuana, chanvre et haschisch, crack, ecstasy, hallucinogène, héroïne, cocaïne, LSD, opiacés, speed, autres)

Quoi _____

Quoi _____

Lesquels _____

Quantité _____
par jour

Nombre d'unités _____
vin/bière par semaine

Quantité _____
par jour

Nombre d'unités _____
spiritueux par semaine

Du _____ au _____

Du _____ au _____

11. Avez-vous déjà été victime d'accidents? oui non

En êtes-vous parfaitement remis(e)? oui non

Subsiste-t-il des séquelles qui pourraient nécessiter un traitement? oui non

Après de quel assureur étiez-vous assuré pour un tel accident? _____

12. Votre capacité de gain ou de travail est-elle actuellement restreinte? oui non

Avez-vous déjà subi une incapacité partielle ou totale de gain ou de travail de plus de 30 jours? oui non

13. Touchez-vous ou touchiez-vous des prestations d'assurance de l'assurance accidents, militaire, invalidité, ou de la Caisse de pensions (LPP) ou encore d'une autre assurance? Ou avez-vous fait une demande allant dans ce sens (le cas échéant, veuillez joindre la décision)? oui non

14. Pour les femmes: Etes-vous enceinte? oui non

Si oui, veuillez indiquer la date prévue pour l'accouchement. _____

C Renseignements complémentaires sur les questions posées à la rubrique B auxquelles vous avez répondu oui:

Question no	Genre de la maladie, lésion, dommage à la santé	Début	Durée	Complètement guéri(e)?		Médecin traitant (Nom et adresse complète)
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	_____

Remarques particulières:

Déclaration du (de la) soussigné(e)

Je certifie par la présente déclaration avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité, et que les réponses non écrites de ma main correspondent exactement aux indications que j'ai données. J'ai pleinement conscience qu'au cas où les indications se rapportant à mon état de santé ou à mon histoire médicale se révélaient être fausses ou incomplètes, SWICA est autorisée à réduire ses prestations, à les refuser ou à en exiger la restitution, à émettre rétroactivement une réserve ou décréter une exclusion de couverture, ou encore à résilier le contrat d'assurance avec effet immédiat. Par ma signature apposée au bas de la présente demande d'assurance, je confirme avoir reçu les Conditions générales d'assurance et les Conditions spéciales et en reconnais la portée juridique obligatoire. Afin de lui permettre d'évaluer le risque lié à la protection d'assurance demandée, j'autorise SWICA et ses partenaires en matière d'assurance à recueillir, dans le contexte du contrôle de la présente demande ainsi qu'à des fins de repérage d'une éventuelle réticence, les informations dont elle a besoin auprès de tous les médecins et/ou thérapeutes et d'autres assureurs, ainsi qu'auprès des sociétés d'assurance appartenant au groupe SWICA. Je libère expressément tous ces intervenants du secret professionnel et de leur devoir de discrétion vis-à-vis de l'assureur. En outre, j'autorise SWICA à transmettre la présente déclaration de santé à toutes les sociétés d'assurance sollicitées à des fins de contrôle de la demande et les autorise à communiquer à SWICA leur décision. Je prends dûment connaissance de ce que mes données sont susceptibles d'être échangées au sein de l'unité organisationnelle de l'assureur compétent ainsi qu'entre les sociétés actives dans le domaine de l'assurance rattachées au groupe SWICA. Cette procuration peut être retirée en tout temps par le (la) signataire. La présente demande de nouvelle assurance ou de modification d'assurance est réputée acceptée si la police d'assurance m'est envoyée ou si une confirmation écrite m'est adressée.

Lieu/date

Signature du proposant

Nom et signature du conseiller

Nom et adresse de l'employeur: