

Déclaration de santé à remplir par l'assuré

Société

Nom

Prénom

Date de naissance

N° AVS

Métier appris

Activité professionnelle

- | | | |
|--|-----|-------------|
| 1. Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert durant ces cinq dernières années de pathologies ou de troubles physiques et/ou psychiques (sachant que toute atteinte à la santé doit être déclarée, hormis les atteintes passagères et sans importance qui ont disparu au bout de quelques jours et ne sont plus réapparues)? | Oui | Non |
| 2. Avez-vous eu un accident durant ces cinq dernières années? | Oui | Non |
| 3. Consommez-vous actuellement et/ou avez-vous consommé durant ces cinq dernières années des analgésiques, des somnifères, des stimulants, des stupéfiants (drogues) ou des médicaments de façon régulière? Si oui, lesquels? | Oui | Non |
| 4. Consommez-vous régulièrement de l'alcool? Si oui: quantité par semaine? | Oui | Non |
| 5. Fumez-vous régulièrement? Si oui, quelle quantité par semaine? | Oui | Non |
| 6. Une réserve médicale avait-elle été émise par une caisse de pension antérieure?
Si oui, veuillez joindre une copie du courrier correspondant. | Oui | Non |
| 7. Percevez-vous des prestations de l'assurance invalidité, militaire ou accidents fédérale, d'une institution de prévoyance ou d'une assurance sociale étrangère?
Si oui, auprès de quelle assurance? (Veuillez joindre une copie de la décision.) | Oui | Non |
| 8. Une procédure (détection précoce ou prestations) est-elle en suspens ou l'a-t-elle été durant ces cinq dernières années auprès de l'une des institutions précitées?
Si oui, auprès de quelle institution? | Oui | Non |
| 9. Taille en cm | | Poids en kg |

Si vous avez répondu OUI à l'une des trois premières questions, veuillez apporter les précisions suivantes:

Question	Précisions concernant les troubles/symptômes	De quand à quand?	Incapacité de travail? de quand à quand?	Médecins traitants, thérapeutes, hôpitaux (indiquer l'adresse, s.v.p.)

Adresse du médecin de famille

Je confirme avoir fourni des réponses exactes et complètes aux questions ci-avant. En cas d'indications inexactes ou incomplètes, Profond peut refuser d'octroyer la couverture de prévoyance surobligatoire si elle invoque une réticence. J'autorise les médecins qui m'ont traité(e) et/ou examiné(e) à communiquer de manière confidentielle au service médical ou au médecin-conseil de Profond, à l'institution de prévoyance Profond ainsi qu'à son réassureur et à son médecin-conseil tous les renseignements relatifs à mon état de santé.

Lieu

Signature de la personne à assurer

Date