



Complément à l'annonce

Contrat n° /

Employeur Nom et localité

Personne assurée

Nom Prénom Numéro d'assuré

Rue, NPA et localité Date de naissance Sexe

Activité actuelle m f

Joignable Adresse e-mail privée N° de téléphone

Taille (cm) Poids (kg)

Questions relatives à l'état de santé Celles-ci se réfèrent aux **5 dernières années** précédant le début de l'assurance ou le moment de l'augmentation des prestations. En cas de réponse positive, merci de fournir les précisions demandées.

Détail 1. Présentiez-vous une incapacité de travail partielle ou totale au début de l'assurance ou, en cas de transformation du contrat, au moment de l'augmentation des prestations? Oui Non

Disposez-vous d'une décision de l'AI? Oui Non

Si oui, veuillez la joindre. Sinon, veuillez joindre le cas échéant des décomptes de l'assurance-accidents ou de l'assurance d'une indemnité journalière en cas de maladie.

2. Souffrez-vous de troubles de la santé, d'affections ou des suites d'un accident ou d'une maladie? Oui Non

Lesquels Depuis quand guéri non guéri

1* 2*

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

3. Souffrez-vous d'un ou plusieurs troubles ou affections suivants: arthrose, asthme, affection des yeux, bronchite, hypertension, cholestérol, troubles cardiaques, cancer, paralysie, sclérose en plaques, baisse de la vue ou de l'audition **non** corrigée, troubles psychiques, rhumatismes, dérèglement glandulaire ou thyroïdien, apoplexie, affections de la colonne vertébrale, diabète ou d'autres maladies, symptômes ou troubles non mentionnés ci-dessus? Oui Non

Lesquels De quand à quand guéri non guéri

1* 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels De quand à quand guéri non guéri

1* 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels De quand à quand guéri non guéri

1* 2*

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

* 1 = guéri(e)/tout est en ordre/traitement terminé

* 2 = pas guéri(e)/encore en traitement/sous surveillance

4. Avez-vous dû interrompre votre activité, même partiellement, durant plus de 2 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Motif	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Motif	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
5. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical, chiropratique ou psychologique de plus de 4 semaines, êtes-vous ou avez-vous été sous surveillance pendant plus de 4 semaines ou avez-vous besoin de prendre, prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments, des antidouleurs, des somnifères, des tranquillisants ou des drogues?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance?	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Médicaments, etc.	De quand à quand	Doses par semaine	
.....		
Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance?	De quand à quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Médicaments, etc.	De quand à quand	Doses par semaine	
.....		
6. Avez-vous subi des examens, p. ex. contrôles, radiographies, électrocardiogramme, test VIH, etc., dont le résultat a révélé une anomalie (ne pas indiquer les examens génétiques)?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lesquels	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Lesquels	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
7. Avez-vous subi ou prévoyez-vous de subir une opération (ambulatoire ou stationnaire) ou une intervention vous a-t-elle été recommandée?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Laquelle	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
Laquelle	Quand	guéri	non guéri
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)			
.....			
8. Quel est le médecin (ou chiropracteur, psychothérapeute) le mieux informé de votre suivi médical?			
Nom	Prénom	NPA, localité	
.....		
.....			

* 1 = guéri(e)/tout est en ordre/traitement terminé
* 2 = pas guéri(e)/encore en traitement/sous surveillance

Indications supplémentaires Etiez-vous assuré(e), chez votre dernier employeur, dans le cadre d'une institution de prévoyance professionnelle? Oui Non

en cas de changement d'emploi Si oui, veuillez fournir les indications suivantes:

Entreprise ou institution de prévoyance Rue, NPA et localité

Existe-t-il une réserve pour raisons de santé de votre dernière caisse de pension? Oui Non
(si oui, merci d'en joindre une copie)

Remarques

Déclaration J'autorise les médecins, psychothérapeutes, physiothérapeutes, chiropracteurs, hôpitaux, assureurs-accidents et d'une indemnité journalière en cas de maladie ainsi que mon ancienne institution de prévoyance à transmettre, dans le cadre de la présente assurance, des renseignements sur mon état de santé et/ou sur mon ancienne couverture d'assurance au service médical d'AXA Vie SA.

Je prends acte de ce que la couverture du risque dépend de l'exactitude des réponses données ci-dessus. Si des informations erronées lui sont communiquées, AXA Vie SA peut, conformément aux dispositions légales, se départir de l'assurance.

Signature

Date

Signature de la personne assurée

A retourner à AXA Vie SA
Case postale 300
8401 Winterthur