

# Complément à l'annonce

Contrat n° /

Employeur Nom et localité

Personne assurée

Nom

Prénom

Nationalité

Rue, NPA et localité, pays

Date de naissance

Sexe

Activité actuelle

Pays d'activité

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.

**Assujettissement à l'impôt** La personne assurée confirme par la présente être seule responsable des annonces fiscales aux autorités fiscales correspondantes ainsi que du paiement de toutes les obligations fiscales résultant du versement de prestations.

**Signature** Date

Signature

**A retourner à** AXA Vie SA  
Case postale 300  
8401 Winterthur