

## Questionnaire médical – Confidentiel

### Assureur pour la LPP

Groupe Mutuel Prévoyance  Mutuelle Valaisanne de Prévoyance

### Assureur pour la perte de gain

Mutuel Assurances SA  Groupe Mutuel Assurances GMA SA  
 Mutuel Assurance Maladie SA  EasySana Assurance Maladie SA  
 Philos Assurance Maladie SA  Avenir Assurance Maladie SA

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ NPA/Localité: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Employeur: \_\_\_\_\_

Date d'engagement: \_\_\_\_\_ Salaire annuel: \_\_\_\_\_ No de contrat collectif: \_\_\_\_\_

Nom, prénom et adresse du médecin de famille ou du médecin traitant: \_\_\_\_\_

1. Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical?  non  oui
2. Avez-vous été hospitalisé(e) ou une hospitalisation est-elle envisagée?  non  oui
3. Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en incapacité de travail?  non  oui
4. Prenez-vous actuellement des médicaments?  non  oui
5. Avez-vous été victime d'accidents dont les séquelles laissent prévoir des traitements futurs?  non  oui
6. Avez-vous suivi un traitement psychothérapeutique?  non  oui
7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies de dépendance (drogue, médicament, alcool)?  non  oui
8. Vous êtes-vous soumis(e) à un test HIV (SIDA)?  non  oui

Si oui, résultat:  HIV positif  HIV négatif

### Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert de troubles de la santé ou avez-vous des dispositions aux maladies suivantes:

9. des organes respiratoires (par ex. asthme, bronchite chronique, emphysème, pneumonie)?  non  oui
10. de l'appareil cardio-vasculaire (par ex. troubles cardiaques, tension artérielle, embolies, varices, thrombose)?  non  oui
11. d'affections de l'appareil digestif (par ex. de l'oesophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, des intestins, hémorroïdes)?  non  oui
12. des os, des articulations ou des muscles (par ex. rhumatisme, arthrose, ostéoporose, malformations)?  non  oui
13. du dos (par ex. hernie discale, atteintes cervicales, sciatique, lombalgie)?  non  oui
14. des yeux ou des oreilles?  non  oui
15. des reins, des organes génitaux, de la vessie ou de la prostate (par ex. calculs, malformations, tumeurs)?  non  oui
16. du système nerveux (par ex. symptômes de paralysie, épilepsie, migraines, vertiges, tumeurs)?  non  oui
17. du métabolisme, du sang (par ex. diabète, goutte, anémie, leucémie, affection de la rate)?  non  oui
18. maladies endocriniennes (par ex. thyroïde, surrénales, hypophyse)?  non  oui
19. de la peau (par ex. allergies, eczéma, psoriasis, cancers)?  non  oui
20. autres affections, malformations ou infirmités non mentionnées ci-dessus?  non  oui

### Pour les femmes

21. Avez-vous ou souffrez-vous d'une affection gynécologique, d'une affection des seins, de stérilité?  non  oui
22. Etes-vous enceinte? Si oui, date présumée de l'accouchement: \_\_\_\_\_  non  oui

23. Indiquez votre taille et votre poids? Taille: \_\_\_\_\_ cm Poids: \_\_\_\_\_ kg
24. Fumez-vous? Si oui, combien par jour? \_\_\_\_\_  non  oui
25. Une couverture précédente, LPP ou maladie, a-t-elle été grevée d'une réserve, refusée ou limitée à certaines prestations déterminées?  non  oui
- Si oui, motif et nom de l'assureur concerné: \_\_\_\_\_
26. Avez-vous déjà épuisé votre droit à une assurance perte de gain auprès d'un assureur?  non  oui
- Si oui, lequel et quand? \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à une des questions 1 à 20, prière de compléter le tableau suivant:**

point N°	genre de maladie ou d'accident (diagnostic, médicaments)	année	durée de traitement	opéré(e) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	incapacité de travail <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée: _____	guéri(e) sans suites <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	médecin traitant/hôpital/ adresse
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée: _____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée: _____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée: _____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée: _____	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_____

#### Déclaration de la personne à assurer

Je déclare par ma signature avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées et atteste que les réponses écrites par une tierce personne sont conformes à mes indications. Pour toutes les questions relatives à ce questionnaire, je délie les médecins, le personnel paramédical, les hôpitaux, les assureurs précédents et les autres assureurs de leur obligation de garder le secret envers l'assureur. J'autorise l'assureur à traiter les données nécessaires. L'assentiment est également valable pendant la durée de l'assurance. En cas de fausses déclarations ou déclarations incomplètes, les prestations sont refusées par l'assureur. La fondation LPP se réserve le droit d'examiner l'admission sur la base des renseignements obtenus.

Remarques:

---



---

Lieu et date:

Signature de la personne à assurer:

---



---