

Avis d'entrée pour la perte de gain maladie

Assureur

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA | <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA |
| <input type="checkbox"/> Mutuel Assurance Maladie SA | <input type="checkbox"/> EasySana Assurance Maladie SA |
| <input type="checkbox"/> Philos Assurance Maladie SA | <input type="checkbox"/> Avenir Assurance Maladie SA |

Employeur

Raison sociale: _____ N° du contrat: _____

NPA/Localité: _____ Catégorie (s'il y a lieu): _____

Personne à assurer

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Sexe: _____

No d'assurance: _____ Profession: _____

Etat civil: _____ Date du mariage: _____

Nationalité: _____ Permis de séjour : _____

Langue: F D I E

Adresse complète: _____

Date d'entrée: _____ Salaire AVS annuel, en Fr. _____ Taux d'activité, en % _____

Pour les personnes indépendantes au sens de l'AVS, revenu annuel assuré: Fr. _____

Questions complémentaires

La personne à assurer jouit-elle de sa pleine capacité de travail? oui non

La personne à assurer reçoit-elle des indemnités journalières ou des rentes de l'AI, de la LAA, oui non

de l'assureur maladie ou d'autres assureurs?

Si oui, de qui _____ Degré d'invalidité en % _____

joindre une copie de la décision

Lieu, date, signature et timbre de l'employeur

Le questionnaire médical annexé doit être complété par la personne à assurer.

Questionnaire médical – Confidentiel

Assureur

- 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: _____

Date de naissance: _____ Employeur: _____

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. 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. Pour des raisons d'allègement administratif, si mon employeur est affilié auprès du Groupe Mutuel pour la perte de gain maladie et pour la LPP, cette déclaration est transmise à l'assureur perte de gain et à la fondation LPP.

Remarques:

Lieu, date, signature de la personne à assurer