

Confidentiel/ Personnel
Fondation Patrimonia
à l'att. du médecin conseil
Rue Saint-Martin 7
1003 Lausanne

Examen approfondi de l'état de santé

Afin de protéger la confidentialité des informations contenues dans ce document, nous vous prions de le retourner uniquement à l'adresse de notre Médecin conseil ci-dessus.

A remplir obligatoirement si vous avez répondu oui à une des 4 questions de la déclaration d'admission

Société / succursale : _____

Données personnelles de l'assuré

Sexe : Masculin Féminin

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Questionnaire concernant votre état de santé

Nous vous prions de répondre séparément, précisément et scrupuleusement à chacune des questions ci après :

① Etes-vous actuellement entièrement apte au travail ? Oui Non
Etes-vous actuellement en parfaite santé ? Oui Non

② Souffrez-vous d'handicaps corporels par suite de la perte, de l'incapacité d'usage ou de troubles fonctionnels de membres ou d'organes ? Oui Non

③ Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Lesquels ? _____

A quel effet ? _____

A quelle fréquence ? _____

④ Etes-vous actuellement sous traitement médical ? Oui Non

⑤ Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (drogues, alcool) ? Oui Non

Fondation Patrimonia

Adresse du siège :
Le Lumion
Route François-Peyrot 14
CH-1215 Genève 15
www.patrimonia.ch
info@patrimonia.ch

Adresse de correspondance :
Succursale de Lausanne
Rue Saint-Martin 7
CH-1003 Lausanne
T centrale +41 58 806 0800



- 6 Au cours des 10 dernières années, avez-vous souffert d'affections cardiaques ou circulatoires, d'hypertension, de tuberculose, de maladies respiratoires, d'ulcères, de cancer, d'albumine, de diabète, d'affections des reins, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou du foie, de douleurs articulaires ou dorsales, d'épilepsie, d'états dépressifs ou nerveux, de troubles de la vue ou de l'ouïe ? Oui Non
- 7 Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu une incapacité de travail de plus de 4 semaines pour cause de maladie ou d'accident ? Oui Non
- 8 Connaissez-vous ou avez-vous déjà connu des maladies ou de troubles du système immunitaire ou des maladies infectieuses comme le SIDA, des infections HIV, des maladies sexuellement transmissibles, l'hépatite, des maladies tropicales ou autres ? Oui Non
- 9 Une proposition de souscription à une assurance, d'affiliation à une caisse maladie ou de prorogation d'une couverture d'assurance n'a-t-elle jamais donné lieu pour vous à un ajournement, un refus ou à des conditions aggravantes ? Oui Non
 Quand ? _____ Pourquoi ? _____
 Après de quelle compagnie ? _____

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions 2-9 ou que vous présentez un handicap de santé qui n'ait pas été cité, veuillez fournir les indications suivantes :

Question no	Genre de maladie, blessure, Infirmité, quelle opération ?	Date, durée ? Guérison ? Séquelles ?	Médecins traitants, hôpitaux (adresse du médecin traitant de l'hôpital/division)

Remarques

Déclarations

J'autorise tous les médecins, hôpitaux et autres institutions à fournir, dans le cadre de la présente assurance, des renseignements concernant mon état de santé au service médical de l'assureur et consens à ce que les données puissent être utilisées dans la mesure nécessaire aux fins de la détermination du risque. Il doit être répondu aux questions de manière complète et conformément à la vérité. Si des faits importants relatifs au risque devaient être dissimulés ou incorrectement communiqués, l'assureur est en droit de se désister du contrat.

Lieu et date : _____

Signature du preneur d'assurance (ou du représentant légal) : _____

Fondation Patrimonia

Adresse du siège :

Le Lumion
 Route François-Peyrot 14
 CH-1215 Genève 15
 www.patrimonia.ch
 info@patrimonia.ch

Adresse de correspondance :

Succursale de Lausanne
 Rue Saint-Martin 7
 CH-1003 Lausanne
 T centrale +41 58 806 0800

