

DÉCLARATION DE SANTÉ POUR L'ASSURANCE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'ENTREPRISES LCA

Nouvelle admission	Augmentation	L'assurance est désirée à partir du		
Prénom		Nom		
			m f	
Rue		Code postal, Lieu	Date de naissance	
Entrée dans l'entreprise		Genre d'activité/profession	Etat civil	
Entreprise		Nationalité	Correspondance	
			f d i	
Etranger	Résident annuel	Résident	Saisonnier	Frontalier

ETAT DE SANTÉ

Le proposant/le représentant légal doit répondre personnellement à toutes les questions. Les traits ne sont pas autorisés.

1	Vous sentez-vous en bonne santé?	Oui	Non				
2	Etes-vous actuellement en traitement?	Oui	Non	Si oui, pourquoi?			
	Nom et adresse du médecin/de l'établissement hospitalier						
	Un traitement est-il prévu?	Oui	Non	Si oui, pourquoi?			
	Nom et adresse du médecin/d'hôpital						
	Un séjour à l'hôpital ou une cure sont-ils envisagés?	Oui	Non	Si oui, pourquoi?			
	Nom et adresse du médecin/d'hôpital						
3	Existe-t-il actuellement des maladies, des prédispositions de maladies, des infirmités, des suites d'accidents (y compris les dommages dentaires) ou une invalidité, par exemple affection des yeux, du nez, des oreilles, du cou, du coeur, du sang, des poumons, de l'estomac, du foie, de la vésicule biliaire, des intestins, des reins, de la vessie, des os, migraines, arthrite, tumeurs, d'affection cancéreuse, du pancréas, de l'abdomen, du dos, de la colonne vertébrale, des nerfs, de la peau, des articulations, affection des vaisseaux, allergies, affections psychiques, épilepsie, asthme, rhumatismes, varices, SIDA, stérilité, etc.?			Oui	Non		
	Si oui, lesquelles?						
4	Durant les 5 dernières années, avez-vous été en incapacité de travail pendant plus de 3 semaines?			Oui	Non		
	Si oui, pourquoi?						
	Année		Durée				
	Traitement par						
5	Quand avez-vous été en traitement médical pour la dernière fois?				Date		
	Pourquoi?						
	Pour les personnes du sexe féminin: êtes-vous enceinte?	Oui	Non	Date de l'accouchement?			
6	Avez-vous longtemps consommé ou consommez-vous régulièrement des médicaments ou des drogues?						
	Oui Non Si oui, depuis quand?			Lesquels?			
7	Consommez-vous régulièrement de l'alcool?	Oui	Non	Quotidiennement	1-2 fois par semaine		
	Si oui, quelle quantité?			Genre			
8	Fumez-vous?	Oui	Non	Cigarettes	Cigares	Pipe	Nombre quotidien

9 Durant les 5 dernières années, avez-vous été en traitement médical, en traitement chez un praticien en médecine naturelle, chez un thérapeute, chez un psychologue, à l'hôpital, dans une institution de cure, chez un physiothérapeute ou chez un psychiatre?

Oui Non

Si oui, pourquoi?

Année

Durée

Traitement par

10 Existe-t-il une invalidité? Oui Non Si oui, quel est le degré de celle-ci?

11 Recevez-vous une rente? Oui Non

Si oui, de qui?

12 Un test VIH a-t-il été effectué? Oui Non Si oui, quand? positif négatif

13 Taille (cm) Poids (kg)

14 Nom et adresse de votre médecin de famille

Remarques/Observations

Informations complémentaires

Existe-t-il une réserve ou une exclusion de prestations? Oui Non Si oui, joindre une copie de la décision

Avez-vous été exclu par nous ou par un autre assureur-maladie/une autre compagnie d'assurance? Oui Non

Avez-vous épuisé vos prestations auprès d'un autre assureur ou un autre assureur a-t-il refusé une proposition?

Si oui, par qui?

Quand?

Pour quelle raison?

La personne soussignée déclare avoir répondu aux questions ci-dessus de façon complète et conformément à la vérité. Si des faits importants n'ont pas été déclarés ou ont été déclarés de façon inexacte, Atupri peut se retirer du contrat et, de ce fait, être libérée de son obligation de verser des prestations. Des indications médicales qui contiennent des données ayant un degré de protection particulièrement confidentiel peuvent être communiquées au service médical ou au médecin-conseil d'Atupri (avec la mention «personnel»). Les médecins, et des autres fournisseurs de prestations ainsi que les organes officiels et d'autres assureurs-maladie aux-quels Atupri s'adresse, sont autorisés à lui remettre les renseignements médicaux désirés.

Lieu, date

Signature
(proposant ou représentant légal)

A compléter par Atupri Assurance de la santé SA

Prise de position du médecin-conseil

Date, **signature**

Décision

Date, **signature**

La forme masculine est également valable pour les personnes du sexe féminin et vice versa.