

## Complément à l'annonce

Entreprise n°  
 Contrat n° /

<b>Personne assurée</b>	Nom	Prénom	Numéro d'assuré
	Rue, NPA et localité		Date de naissance
	Activité actuelle		Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f

**Questions relatives à l'état de santé** Celles-ci se réfèrent aux 5 dernières années. 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 au moment de l'augmentation des prestations?  Oui     Non  
 (Veuillez joindre, le cas échéant, la décision de l'Al.)

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	Etat actuel
.....	.....	<input type="checkbox"/> guéri
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)		<input type="checkbox"/> pas guéri

Lesquels	Depuis quand	Etat actuel
.....	.....	<input type="checkbox"/> guéri
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)		<input type="checkbox"/> pas guéri

3. Taille (cm)                      Poids (kg)

.....

4. Avez-vous dû interrompre votre activité, même partiellement, durant plus de 2 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident?  Oui     Non

Motif	De quand à quand	Etat actuel
.....	.....	<input type="checkbox"/> guéri
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)		<input type="checkbox"/> pas guéri

Motif	De quand à quand	Etat actuel
.....	.....	<input type="checkbox"/> guéri
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)		<input type="checkbox"/> pas guéri

5. 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 Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels De quand à quand Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels De quand à quand Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri

Médecins traitants/Hôpitaux (nom et adresse)

6. 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?  Oui  Non

Pourquoi êtes-vous ou avez-vous été en traitement/sous surveillance? De quand à quand Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri

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 Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

Médicaments, etc. De quand à quand Doses par semaine

7. 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)?  Oui  Non

Lesquels Quand Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

Lesquels Quand Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri

Médecins/Hôpitaux (nom et adresse)

8. Avez-vous subi ou prévoyez-vous de subir une opération (ambulatoire ou stationnaire) ou une intervention vous a-t-elle été recommandée?  Oui  Non

Laquelle \_\_\_\_\_ Quand \_\_\_\_\_ Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri  
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse) \_\_\_\_\_

Laquelle \_\_\_\_\_ Quand \_\_\_\_\_ Etat actuel  
 guéri  
 pas guéri  
Médecins/Hôpitaux (nom et adresse) \_\_\_\_\_

9. Quel est le médecin (ou chiropracteur, psychothérapeute) le mieux informé de votre suivi médical?

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ NPA, localité \_\_\_\_\_

**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.

**Signature** Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**A retourner à** Vorsorgestiftung Film und Audiovision  
Durchführungsstelle  
Postfach 300  
8401 Winterthur