

# Feuille annexe

## Questionnaire de santé

No de décompte (si connu) \_\_\_\_\_

### 1. Identité

Nom, prénom \_\_\_\_\_

Titre de spécialiste \_\_\_\_\_

### 2. Indications concernant la santé

a) Disposez-vous de votre pleine capacité de travail ou de gain?  oui  non

**Remarque:**

Une personne, qui n'est pas entièrement capable de travailler est défini comme suite.

Au début de l'assurance elle

- doit être totalement ou partiellement absent du travail pour des raisons de santé, ou
- reçoit des indemnités journalières à la suite d'une maladie ou d'un accident, ou
- est inscrit auprès d'une assurance invalidité nationale, ou
- reçoit une pension d'invalidité totale ou partielle, ou
- ne peut plus participer pleinement à son entraînement et à ses capacités pour des raisons de santé.

Toutes les autres personnes sont considérées comme pleinement capables de travailler.

Si non, pour quel motif?

\_\_\_\_\_

b) Touchez-vous une rente d'invalidité (suite à une maladie ou à un accident)?  oui  non

Si oui: degré d'invalidité: \_\_\_\_\_

%

c) Existait-il, auprès de l'ancienne institution de prévoyance, une réserve pour raison de santé, ou bien des propositions pour d'autres assurances de personnes ont-elles été refusées?  oui  non

Si oui, quand, par qui et pour quel motif?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) A l'heure actuelle, êtes-vous en bonne santé?  oui  non

Si non, pour quel motif?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- e) Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou des suites d'une maladie ou d'un accident ou d'une infirmité congénitale?  oui  non

Si oui: descriptif exact, depuis quand, nom et adresse du médecin traitant.

---

---

---

---

- f) Avez-vous dû interrompre votre travail, entièrement ou partiellement, pendant plus de quatre semaines consécutives au cours des cinq dernières années?  oui  non

Si oui: Pour quel motif

de – à

guéri

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

- g) Avez-vous souffert de maladies ou subi des accidents ou des opérations au cours des 10 dernières années ou une opération est-elle prévue prochainement?  oui  non

Si oui, descriptif exact, date, nom et adresse du médecin traitant.

---

---

---

---

- h) Des facteurs de risque concernant l'état de santé existent-ils (fumée, alcool, etc.)?  oui  non

Si oui, lesquels?

---

---

---

---

- i) Prenez-vous des médicaments depuis 5 ans ou prenez-vous actuellement des médicaments régulièrement?  oui  non

Si oui, lesquels? Raison?

---

---

---

---

- j) Taille cm  
Poids kg

### 3. Confirmation et signature

La personne soussignée confirme, qu'elle

- a intégralement complété ce formulaire et de manière véridique;
- prend connaissance du fait qu'en cas de fausse déclaration, la PAT BVG est en droit de limiter les prestations réglementaires au minimum légal LPP obligatoire.

La PAT BVG peut, au besoin, transmettre les données à son médecin-conseil ou à son réassureur. Toutes les données sont traitées de manière strictement confidentielle.

Lieu et date

Signature

---

---

**Personalvorsorgestiftung  
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

**Direction et prévoyance**

PAT BVG  
Frongartenstrasse 9  
9001 St.Gallen

Tél. +41 71 556 34 00  
Fax +41 71 556 34 67  
info@pat-bvg.ch

**Ressort immeubles**

PAT BVG  
Kapellenstrasse 5  
3011 Bern

Tél. +41 31 330 22 62  
pat-bvg.ch  
immo@pat-bvg.ch