

Inscription/Déclaration de santé pour l'assurance-vie collective

Informations sur le preneur d'assurance

Nom _____ Pour les fondations collectives :
 N° de contrat _____ Nom de l'employeur affilié _____
 Catégorie _____

Données personnelles

Nom/Prénom _____ **Sexe** Homme Femme
 Rue, n° _____ **État civil** célibataire
 Code postal, lieu _____ veuf/veuve
 Date de naissance _____ marié(e)
 N° AVS _____ en partenariat enregistré
 Activité/fonction professionnelle _____
 Salaire annuel AVS (salaire calculé sur l'année civile complète) CHF _____
 Taux d'occupation _____ %

Date du mariage/
 enregistrement du partenariat _____

Langue Allemand Français Italien divorcé(e)
 Obligation de soutien Oui Non en partenariat dissous
 Assuré LAA Oui Non

Date du divorce/
 de la dissolution du partenariat _____

Motif de déclaration

Mutation Entrée dans la fondation Augmentation de la puissance Autres
 Date d'effet _____

Ne répondre qu'en cas de nouvelle entrée dans la fondation:

L'engagement se fait-il sur la base d'un reclassement de l'assurance-invalidité fédérale (AI)? Oui Non

Capacité de travail

La personne à assurer est-elle en incapacité de travail totale ou partielle actuellement et au début de l'assurance? Oui Non

Si oui, degré d'incapacité de travail _____ % Depuis quand? _____

A-t-elle déposé une demande de prestations auprès d'une assurance sociale (AI, AA, AM) ou d'une autre assurance? (Si la décision est disponible, veuillez la joindre) Oui Non

Si oui, auprès de laquelle? _____

Une rente d'invalidité a-t-elle été réduite ou supprimée en raison de la révision 6a de l'AI? Oui Non

Si oui, degré d'invalidité avant réduction _____ % Fin de la période de protection de 3 ans _____

(Si une décision de l'AI a été rendue, veuillez la joindre)

La personne à assurer et le preneur d'assurance confirment l'exactitude et l'exhaustivité des informations fournies.

Lieu, date _____ Signature de la personne à assurer _____ Signature du preneur d'assurance _____

Important: faire remplir et signer le verso par la personne à assurer.

Nom/Prénom

Date de naissance

Déclaration de santé

Ne pas indiquer: amygdalite et appendicite, grippe, rhume, oreillons, rougeole, rubéole, varicelle, contraceptifs, accouchement et contrôles gynécologiques ayant donné des valeurs normales.

1. Taille du corps _____ cm Poids _____ kg

2. Prenez-vous actuellement des médicaments ou vous en a-t-on prescrit ? Oui Non

Si oui, du _____ au _____ Lesquels et pourquoi? _____

Médecin (adresse exacte) _____

3. Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une consommation d'alcool ou de drogue, ou un tel traitement vous a-t-il été proposé ou conseillé? Oui Non

Si oui, quand? _____ Durée? _____ Quel traitement? _____

4. Existe-t-il ou a-t-il existé au cours des 5 dernières années des maladies, des troubles ou des plaintes d'ordre physique, psychique ou mental? Souffrez-vous des suites d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité? Si oui, lesquelles? Oui Non

Type de maladie/accident, infirmité, traitements, examens	du	au	Durée de l'incapacité de travail	Médecin, hôpital ou spécialiste Avec adresse et service exacts	Guéri sans séquelles? Oui/Non
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

La fondation se réserve le droit d'examiner l'admission aux prestations d'assurance contractuelles sur la base d'un rapport d'examen médical.

Anciens rapports de prévoyance (ne remplir qu'en cas de nouvelle entrée dans la fondation)

Existait-il une réserve ou une surprime pour raisons de santé auprès de l'ancienne institution de prévoyance ? Oui Non

Si oui, depuis quand? _____ Raison? _____

Ancienne institution de prévoyance, y compris adresse _____

KZj 'aZo' d'c'Yg' a' XZg' f'XMi' YZ' eg kdnVcXZ' YZ' f'chi' f'j' i' dc' YZ' eg kdnVcXZ' eg X' YZciZ' VcXZ' a'zh' eg'Zhi' Vi' d'ch' YZ' Y' X' h' Zi' Yf'bkVaY1' V'hj' g' Zh#

9Zh'Ygd'f'h' YZh'eg'Zhi' Vi' d'ch' YZ' eg kdnVcXZ' d'j' a' Ygd'f' YZh'eg'Zhi' Vi' d'ch' YZ' a'Vg' e'Vhh'V'Z' dci' "h' i' b' h' Zc' \V'Z' e'Vg'a' e'Vhh' 4 Oui Non

H^dj' f'f'j' ^Zhi' a' Xg' VcX'Z'g' \V' hi' Z4 _____

La prestation de libre passage a-t-elle fait l'objet d'un versement anticipé total ou partiel? Oui Non

Quand? _____ CHF _____

Déclaration relative à l'obligation de notification et à la protection des données

Je déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de manière complète et conforme à la vérité. Je suis conscient(e) qu'une violation de l'obligation de déclarer peut entraîner une réduction ou un refus des prestations et donner lieu à des demandes de dommages et intérêts. En signant ce formulaire, j'autorise la Fondation, Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie SA (ci-après «Mobilière») respectivement Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG (RV-Pool), en tant qu'assureur de la Fondation, à traiter les données nécessaires à l'examen du risque, à l'exécution du contrat d'assurance-vie collective et à l'évaluation du droit aux prestations (p. ex. nom, date de naissance, etc.). La fondation, Mobilière respectivement Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG (RV-Pool) peuvent se procurer auprès de l'assureur précédent ou de tiers, en particulier auprès du personnel médical et de ses auxiliaires, des autorités et des assurances sociales, ainsi que des institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), des renseignements utiles sur le déroulement des prestations jusqu'à présent, en particulier pour l'examen du risque et la gestion des cas de prestations. Si cela s'avère nécessaire pour évaluer le risque et le droit aux prestations, le consentement s'étend également à la collecte de données personnelles sensibles (telles que des données sur la santé) et de profils de la personnalité ou à la consultation de dossiers officiels. A cette fin, je délègue expressément le personnel médical et ses auxiliaires de leur obligation de garder le secret. Si la coordination avec d'autres contrats, par lesquels je suis également assuré(e) auprès de la Mobilière dans le cadre de la prévoyance professionnelle, est nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance vie collective ou si le traitement du cas de prestation l'exige, je consens à ce que la Mobilière, respectivement Beratungsgesellschaft für die zweite Säule AG (RV-Pool), communique des données personnelles (y compris des données sensibles comme par ex.) à des tiers en Suisse et à l'étranger qui participent au contrat d'assurance vie collective ou à un autre contrat par lequel je suis également assuré auprès de la Mobilière dans le cadre de la prévoyance professionnelle, en particulier à des coassureurs et des réassureurs, ainsi qu'à des institutions de prévoyance auxquelles je suis ou ai été affilié(e), ainsi qu'à des sociétés du Groupe Mobilière qui participent à l'exécution du rapport d'assurance.

Lieu, date _____ Signature de la personne à assurer _____