

## Questionnaire médical

A retourner à l'adresse mentionnée après signature

### DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  masculin  féminin  
No. AVS (NSS) : \_\_\_\_\_ NIP : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_ Etat civil : \_\_\_\_\_  
No de portable : \_\_\_\_\_ No de tél. : \_\_\_\_\_  
Rue : \_\_\_\_\_ NPA, lieu : \_\_\_\_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... NPA/Localité : .....  
Téléphone : .....

Existe-t-il une PRÉCÉDENTE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE ?  oui  non

Nom : .....

Adresse : ..... NPA/Localité : .....

1. Existait-il une réserve ou un supplément de prime auprès de votre institution de prévoyance précédente ?  oui\*  non

\*Depuis quand : .....

\*Pour quelle durée : .....

\*Motif : .....

### PRESTATIONS EN SUSPENS OU VERSÉES

2. Des prestations de l'assurance invalidité, l'assurance militaire, l'assurance accident ou d'une autre assurance sociale sont-elles en suspens ou versées ?  oui\*  non

\*Par qui : .....

\*Motif : .....

### 3. QUESTIONS PERSONNELLES SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Taille (cm) : .....

Poids (kg) : .....

4. Vous considérez-vous actuellement en parfaite santé et entièrement apte au travail ?  oui  non\*

\*Motif : .....

5. Suivez-vous actuellement un traitement, ou un traitement est-il prévu auprès d'un médecin ou d'un psychologue/psychiatre ou dans un hôpital ?  oui\*  non

\*Motif/coordonnées du médecin : .....

6. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consommé des substances illicites ?  oui\*  non

\*Genre, fréquence : .....

7. Consommez-vous des boissons alcoolisées plus de 3 fois par semaine ?  oui  non

8. Fumez-vous ?  oui\*  non

\*Genre, fréquence, depuis quand : .....

9. Au cours des 5 dernières années, étiez-vous en incapacité de travail partielle ou totale durant plus de 3 semaines ininterrompues, ou avez-vous bénéficié d'indemnités journalières et/ou d'une rente pour cause de maladie ou d'accident ?  oui\*  non

Quand/quoi/conséquences : .....

10. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu plus de 4 consultations ou traitements (vaccination, grippe, dentiste et examen gynécologique de routine exclus) auprès d'un médecin ou d'un psychologue/psychiatre ?  oui\*  non

\*Quand/quoi/conséquences : .....

11. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance (contraception exclue) ou vous en a-t-on prescrit pour une durée de plus de 3 semaines. ?  oui\*  non

\*Motif/durée : .....

12. Consultez-vous ou avez-vous consulté ces 5 dernières années un médecin ou un autre thérapeute suite à :

a) Un accident ?  oui\*  non

\*Motif/date : .....

b) Une maladie ?  oui\*  non

\*Motif/date : .....

## DÉCLARATION

Je certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la fondation rurale de prévoyance et/ou son médecin-conseil à leur donner les renseignements demandés à mon sujet. J'autorise le médecin-conseil à communiquer à cette dernière les motifs d'une éventuelle réserve médicale.

Ce questionnaire est destiné au dossier médical de l'assuré, qui reste en mains du médecin-conseil, sous stricte protection du secret médical. La Fondation rurale de prévoyance traite exclusivement les données nécessaires à l'exécution de sa mission de prévoyance professionnelle. Elle s'engage en particulier à assurer leur confidentialité. De plus amples informations sur la protection des données sont disponibles à l'adresse [www.prometerre.ch/frp-lpd](http://www.prometerre.ch/frp-lpd), ou remises sur demande.

La Fondation rurale de prévoyance peut **réduire** ou **refuser** des prestations en cas de réponses incomplètes ou non-conformes à la vérité. En outre, le médecin-conseil peut ordonner un examen médical aux frais de la fondation.

Lieu et date

Signature de l'assuré/e

.....

.....

Document à l'attention de la personne assurée / bénéficiaire de prestations

**Déclaration du proposant :**

Le questionnaire médical ci-joint sert à valider les couvertures d'assurances demandées auprès de la Fondation Rurale de Prévoyance (FRP)

Ce questionnaire doit être complété par la personne assurée, avec toutes les indications et précisions nécessaires, conforme à la réalité.

Ce questionnaire sera lu et interprété uniquement par le médecin conseil de la fondation dont l'adresse figure en bas de cette page.

J'ai pris note que toute convention entre moi-même et l'intermédiaire de l'assureur concernant ma proposition et le questionnaire de santé n'engage l'assureur que si la proposition est confirmée par écrit par l'assureur.

**Copie de la DÉCLARATION figurant sur l'état de santé :**

Je certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la fondation rurale de prévoyance et/ou son médecin-conseil à leur donner les renseignements demandés à mon sujet. J'autorise le médecin-conseil à communiquer à cette dernière les motifs d'une éventuelle réserve médicale.

Ce questionnaire est destiné au dossier médical de l'assuré, qui reste en mains du médecin-conseil, sous stricte protection du secret médical. La Fondation rurale de prévoyance traite exclusivement les données nécessaires à l'exécution de sa mission de prévoyance professionnelle. Elle s'engage en particulier à assurer leur confidentialité. De plus amples informations sur la protection des données sont disponibles à l'adresse [www.prometerre.ch/frp-lpd](http://www.prometerre.ch/frp-lpd), ou remises sur demande.

La Fondation rurale de prévoyance peut **réduire** ou **refuser** des prestations en cas de réponses incomplètes ou non-conformes à la vérité. En outre, le médecin-conseil peut ordonner un examen médical aux frais de la fondation.

**REMARQUES PARTICULIÈRES**

.....

.....

.....

.....

Le questionnaire est à renvoyer à :

**Fondation rurale de prévoyance**

**A l'att. du médecin-conseil**

**Avenue des Jordils 1**

**Case postale 1080**

**1001 Lausanne**