

Questionnaire médical

Données de la personne assurée

Prénom : _____ Nom : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
 No. AVS (NSS) : 756. _____ Profession : _____
 État civil : _____ Depuis le : _____
 Email : _____ Téléphone : _____
 Rue : _____
 NPA, lieu : _____

Taille (cm) : _____ Poids (kg) : _____

Médecin traitant

Prénom : _____ Nom : _____
 Rue, NPA, Lieu : _____

Questions médicales

1	Avez-vous été affilié à une autre institution de prévoyance ? *Nom / adresse de l'institution : _____	☐ oui* ☐ non
2	Existait-il une réserve ou un supplément de prime auprès de votre institution de prévoyance précédente ? *Depuis quand / durée / motif : _____	☐ oui* ☐ non
3	Des prestations de l'assurance invalidité, l'assurance militaire, l'assurance accident ou d'une autre assurance sociale sont-elles en suspens ou versées ? *Par qui / motif : _____	☐ oui* ☐ non
4	Vous considérez-vous actuellement en parfaite santé et entièrement apte au travail ? *Si non, motif : _____	☐ oui ☐ non*
5	Suivez-vous actuellement un traitement, ou un traitement est-il prévu auprès d'un médecin, d'un psychologue/psychiatre ou dans un hôpital ? *Motif / coordonnées du médecin : _____	☐ oui* ☐ non
6	Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consommé des substances illicites ? *Genre, fréquence : _____	☐ oui* ☐ non

7	Consommez-vous des boissons alcoolisées plus de 3 fois par semaine ? ☐ oui* ☐ non *Fréquence et quantité approximative :
8	Fumez-vous ? ☐ oui* ☐ non *Type, 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 / motif / conséquences : État actuel : ☐ Guéri ☐ Non guéri
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 / motif / conséquences : État actuel : ☐ Guéri ☐ Non guéri
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 / médicaments / de quand à quand :
12	Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un autre thérapeute suite à un accident ? ☐ oui* ☐ non *Motif / date : État actuel : ☐ Guéri ☐ Non guéri
13	Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un autre thérapeute suite à une maladie ? ☐ oui* ☐ non *Motif / date : État actuel : ☐ Guéri ☐ Non guéri

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, 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. De plus amples informations sont disponibles à l'adresse www.prometerre.ch/frp-lpd.

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

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Notice d'information sur le questionnaire médical

Objet du questionnaire médical

Le présent questionnaire médical a pour objectif de permettre la validation des couvertures d'assurance sollicitées auprès de la Fondation rurale de prévoyance (FRP).

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

Le questionnaire est traité dans le cadre des procédures de la Fondation rurale de prévoyance. Il est notamment adressé au médecin-conseil de la Fondation (adresse ci-dessous) pour l'évaluation médicale.

Pourquoi un questionnaire de santé ?

Dans le cadre de la prévoyance professionnelle, les prestations surobligatoires (c'est-à-dire allant au-delà du minimum légal LPP), peuvent prévoir une appréciation médicale.

Le questionnaire de santé permet à la FRP de :

- Évaluer le risque lié aux prestations d'invalidité et de décès relevant de la part surobligatoire ;
- Déterminer les conditions de couverture appropriées (p. ex. éventuelle réserve médicale limitée dans le temps selon le règlement) afin d'éviter des lacunes de couverture ou des engagements de prestations qui ne pourraient être garantis ;
- Garantir l'équilibre du collectif et la pérennité de la Fondation.

Conséquences possibles de l'évaluation médicale

Après analyse, le médecin-conseil de la Fondation peut :

- **Accepter la couverture sans réserve** : les prestations de décès et d'invalidité de la part surobligatoire sont alors assurées dans leur intégralité ;
- **Accepter la couverture avec réserve médicale** : une réserve peut être inscrite pour certaines affections existantes. Elle est limitée dans le temps et notifiée par écrit. Pendant cette période, les prestations liées à l'affection concernée peuvent être réduites ou exclues ;
- **Refuser la couverture des risques décès et invalidité** : si le risque est jugé considérablement accru, la couverture peut être exclue.

Vos droits et obligations

En remplissant ce questionnaire, vous vous engagez à fournir des réponses complètes et sincères.

- Vous pouvez demander quelles données vous concernant sont traitées par la Fondation.
- Vos données médicales sont traitées de manière confidentielle, dans le respect du secret médical, par le médecin-conseil de la Fondation.
- Des réponses incomplètes ou inexactes peuvent entraîner une réduction ou un refus des prestations.
- Vous autorisez les médecins consultés à transmettre au médecin-conseil les renseignements nécessaires.
- Le médecin-conseil peut, si nécessaire, prescrire un examen médical complémentaire, pris en charge par la Fondation.

Retour du questionnaire

A renvoyer à :

Fondation rurale de prévoyance

A l'att. du médecin-conseil

Avenue des Jordils 1

CP 1080

1001 Lausanne