

Déclaration de santé

DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ

Nom :

Prénom :

Sexe : Femme Homme

Date de naissance :

Adresse :

NPA/Localité :

Téléphone :

Profession :

Employeur :

Date d'engagement :

Email :

PRÉCÉDENTE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE

Nom :

Adresse :

NPA/Localité :

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 ET MESURES DE NOUVELLE READAPTATION

Avez-vous déjà fait une demande auprès de l'assurance invalidité ?

 oui* non

*Motif :

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 :

Etes-vous au bénéfice de mesures de nouvelle réadaptation de l'AI ?

 oui non

QUESTIONS PERSONNELLES SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

Jouissez-vous actuellement de votre pleine capacité de travail ?

 oui non

Avez-vous subi une incapacité de travail, partielle ou totale, supérieure à 4 semaines, pour cause de maladie ou d'accident, au cours des 5 dernières années ?

 oui non

Bien que jouissant de votre pleine capacité de travail, suivez-vous un traitement médical ou médicamenteux en raison d'une infirmité, d'une maladie ou des suites d'un accident ?

 oui nonAvez-vous eu droit, durant les 3 dernières années, à une rente d'invalidité de l'AI ? oui non

Si oui : degré d'invalidité de %

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 CAP Prévoyance et/ou son médecin-conseil à leur donner les renseignements demandés à mon sujet.

CAP Prévoyance peut **réduire** ou **refuser** des prestations en cas de réponses incomplètes ou non-conformes à la vérité. En outre, CAP Prévoyance peut demander à la personne assurée de remplir un questionnaire de santé qui lui sera adressé personnellement, voire de prévoir un examen médical à ses frais.

Lieu et date

Signature de l'assuré/e

.....

.....