

Déclaration de santé

Assurance perte de gain collective selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

(toutes les informations mentionnées relèvent de la loi fédérale sur la protection des données et sont donc traitées de manière confidentielle)

Déclaration de santé pour l'offre/la proposition du _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____ NPA/Localité _____

Date de naissance _____ Profession _____

Etrangers: permis de séjour _____ (merci de joindre une copie)

en Suisse depuis _____ Genre féminin masculin

Langue _____

Questions à la personne assurée

- Exercez-vous une activité indépendante? Oui Non
Si oui, depuis quand? _____
- Avez-vous été au chômage au cours des deux dernières années? Oui Non
Si oui, quand et pendant combien de temps? _____
- Avez-vous actuellement des problèmes de santé? _____ Oui Non
- Votre capacité de travail est-elle réduite? Oui Non
- Avez-vous connu une incapacité de travail de plus de deux semaines au cours des cinq dernières années? Oui Non
- Faites-vous actuellement l'objet d'un traitement, d'un contrôle ou d'une vérification médical(e), thérapeutique ou de médecine complémentaire? Oui Non
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des cinq dernières années d'une maladie, d'une suite d'accident et/ou d'une infirmité (y compris addictions telles que drogue, médicaments, alcool, boulimie, etc.)? Oui Non
- Des traitements médicaux, thérapeutiques et/ou de médecine complémentaire, des vérifications, des opérations ou des cures sont-ils en vue? Oui Non
- Avez-vous des séquelles d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité de naissance? Oui Non
- Avez-vous fait l'objet d'un traitement, d'un contrôle ou d'une vérification médicale, thérapeutique ou de médecine complémentaire les cinq dernières années? Oui Non
- Des médicaments vous ont-ils été administrés ou prescrits les cinq dernières années? Oui Non
Si oui: lesquels? _____ Posologie? _____
- Souffrez-vous des séquelles d'une maladie virale (comme corona, VIH, variole du singe, etc.)? Oui Non
Si oui: de quelles? _____
- Fumez-vous? Oui Non
Si oui: quoi et quelle quantité par jour? _____
- Êtes-vous enceinte (uniquement pour les personnes de sexe féminin)? Oui Non
Si oui: date de l'accouchement prévue? _____

Indications plus précises pour les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative :

Concernant la question	Maladies/accidents infirmités/douleurs	Quand/raison/ combien de temps/fin	Médecin traitant/hôpital/thérapeute	Séquelles

15. Taille cm

Poids kg

Assureur maladie actuel :

Médecin pouvant nous donner les meilleures informations sur votre état de santé (nom et adresse):

Le demandeur déclare avoir répondu aux questions de la présente proposition d'assurance de façon complète et conforme à la vérité, et reçu et pris connaissance des conditions générales d'assurance (CGA) en vigueur et des éventuelles conditions complémentaires pour l'assurance demandée, ainsi que de l'aide-mémoire Information client et protection des données conformément à l'article 3 LCA. Dans le cadre de l'examen de la proposition d'assurance, *innova* peut demander des informations complémentaires aux fournisseurs de prestations, autorités, administrations et autres sociétés d'assurance mentionnées dans le questionnaire de santé. Seules les personnes et institutions mentionnées dans le point en question seront sollicitées. Par sa signature, le demandeur exempte par conséquent les hôpitaux, les médecins, les autres fournisseurs de prestations, les autorités, les autres assureurs-maladie et les sociétés d'assurance sollicités de leur obligation de garder le secret envers *innova* pour une durée de trois mois, et les habilite à lui fournir tous les renseignements souhaités en rapport avec l'assurance. Cette exemption de l'obligation de garder le secret expire au bout de trois mois. Le demandeur prend toutefois connaissance du fait qu'une déclaration correspondante actualisée peut lui être demandée dans la mesure où elle est nécessaire dans le cadre de l'obligation de collaborer. Ceci notamment pour l'examen d'une obligation de prise en charge d'*innova* ou pour clarifier une violation du devoir de déclaration. Il accepte que ses données soient utilisées au sein d'*innova* pour des évaluations statistiques anonymisées et à des fins de marketing. Il prend connaissance du fait qu'il lui incombe de communiquer par écrit à *innova* une éventuelle révocation de son autorisation concernant le traitement de ses données à des fins de marketing.

En cas de données incomplètes ou erronées, *innova* est habilitée à résilier le contrat par déclaration écrite. Le droit de résiliation prend fin quatre semaines après qu'*innova* a pris connaissance de la violation du devoir de déclaration (article 6 LCA).

La/le soussigné(e) déclare avoir :

- par les présentes fait une demande pour une assurance selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance) ;
- répondu aux présentes questions en son âme et conscience et conformément à la vérité ;
- pris connaissance du fait que de fausses indications entraînent une résiliation ;

l'obligation d'*innova* d'allouer des prestations pour les sinistres déjà survenus ne prend fin que si leur survenance ou leur portée a été influencée par les faits importants non communiqués ou déclarés de façon erronée. Si l'assurance est conclue par l'intermédiaire d'un partenaire de distribution travaillant pour *innova*, le demandeur confirme avoir pris connaissance des informations relatives au partenaire de distribution conformément à la loi sur la surveillance des assurances (article 45 LSA). De plus, le preneur d'assurance prend acte qu'il est seul responsable de l'observation d'éventuelles prescriptions et prestations minimales d'une convention collective de travail. *innova* ne répond pas des éventuelles différences existant entre les prestations convenues en vertu de la présente demande et les éventuelles dispositions d'un contrat de travail individuel ou d'une convention collective de travail. Si, au moyen de la présente proposition d'assurance, vous demandez l'augmentation d'assurances existantes ou l'inclusion d'autres prestations, *innova* peut assujettir la totalité du contrat aux conditions générales d'assurance (CGA) les plus récentes.

Lieu et date :

Signature de la personne assurée :
