

Déclaration de santé pour l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie

Répondez aux questions munies de ce signe en marquant d'une croix la case qui convient.

A Personne à assurer

Nom	_____	Prénom	_____
Rue/no	_____	NPA/Localité	_____
Téléphone	_____	E-mail	_____
Date de naissance (jour/mois/année)	_____	Nationalité	_____
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		
Activité professionnelle	_____		
Nom de l'entreprise/l'employeur	_____		

B Déclaration de santé

Important: si vous répondez «oui» à l'une des questions 4 à 17, il vous faudra donner des renseignements plus précis à la rubrique C.

Nom et adresse du médecin pouvant au mieux donner des renseignements sur l'anamnèse.

Cabinet/Hôpital	_____	Nom	_____
Rue/no	_____	NPA/Localité	_____

1. Vous sentez-vous actuellement en parfait état de santé? Oui Non

2. Taille, Poids _____ cm _____ kg

3. Avez-vous subi un test HIV/hépatite (hépatite B, C)? Oui Non
 HIV positif HIV négatif Aucun test HIV effectué
 Hépatite-positif Hépatite-négatif Aucun test d'hépatite effectué

4. Pour les femmes: êtes-vous enceinte ou avez-vous accouché dans les six derniers mois? Oui Non
 Si oui: date de l'accouchement _____ Poids avant la grossesse _____ kg

5. Des demandes ont-elles déjà été refusées, reportées par SWICA ou un autre assureur ou bien acceptées uniquement dans des conditions compliquées? Oui Non
(p. ex. exclusion de couverture, supplément pour risque/hausse de prime, refus de la demande)
 Si oui, pourquoi et sur la base de quel diagnostic? (préciser à la rubrique D)

6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en traitement ou êtes-vous actuellement en traitement/contrôle/investigation ou avez-vous l'intention d'entreprendre un traitement ou un traitement a-t-il été recommandé mais non effectué? Oui Non
 Si oui, de quoi s'agit-il? *(par ex. des traitements/contrôles/investigations médicaux, esthétiques, de chirurgie esthétique, de pédagogie curative, psychiatriques, préventifs, psychologiques, de physiothérapie ou de médecine complémentaire/alternative/naturopathie, etc.)*

7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des dix dernières années de maladies/troubles/problèmes ou ont-ils été diagnostiqués par un médecin et/ou avez-vous reçu un traitement thérapeutique? Si oui, lequel? Oui Non
(par ex. un trouble ou une maladie des voies respiratoires, des organes respiratoires; du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système cardiovasculaire; du système nerveux ou de la psyché, des organes digestifs; des reins, des organes urinaires ou génitaux, de la peau ou allergies, affections des muscles, des os, des articulations ou de la colonne vertébrale, maladies du métabolisme, du sang ou infectieuses, des organes sensoriels [yeux, oreilles, nez], tumeurs ou cancers, problèmes de poids, autre maladie, accident, malformations, sevrage de substances addictives, etc.)

8. Avez-vous déjà souffert d'une maladie tumorale, d'une hernie discale, d'une maladie psychique ou d'une maladie cardiovasculaire? Si oui, précisez. (par ex. maladie cardiaque, crise cardiaque, embolie pulmonaire, maladie vasculaire, accident vasculaire cérébral, tumeurs, dépression, etc.) Oui Non
-
9. Avez-vous séjourné ou séjournez-vous actuellement dans un hôpital, une clinique spécialisée, un sanatorium, un établissement de cure ou avez-vous subi une cure de désintoxication? Oui Non
-
10. Avez-vous déjà subi une intervention/opération en ambulatoire ou stationnaire ou vous a-t-il été conseillé de le faire? Oui Non
 Si oui, vous a-t-on posé un implant ou un corps étranger? Oui Non
 (plaques, vis, prothèses, implants mammaires, remplacement articulaire, anneau gastrique, stent, etc.)
 Quoi et où? _____ durable enlevé sera enlevé
 Quand le corps étranger a-t-il été posé? _____
-
11. Avez-vous des séquelles d'une maladie, d'un accident ou souffrez-vous de troubles dus à la naissance ou d'une infirmité congénitale ou présentez-vous des dispositions particulières à une maladie constatée par un médecin? Oui Non
-
12. Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des 10 dernières années? Oui Non
 Nom du médicament (désignation exacte) Quantité/jour Durée de la prise de ... à ... Pour quelle maladie/quel trouble

-
13. Consommez-vous régulièrement ou avez-vous consommé régulièrement de la nicotine, de l'alcool, des drogues ou autres? Oui Non
 Nicotine (cigarettes, e-cigarettes, cigares, shisha, snus, pipe) Alcool (1 unité = 1 dl de vin, 3 dl de bière ou 4 cl de spiritueux) Drogues (cannabis, marijuana, chanvre et haschisch, crack, ecstasy, hallucinogène, héroïne, cocaïne, LSD, opiacés, speed, autres)
 Quoi? Quantité par jour/semaine/mois/an Durée de la prise de ... à ...

-
14. Avez-vous déjà été victime d'accidents? Oui Non
 Si oui, les blessures qui en résultent sont-elles complètement guéries? Oui Non
 Subsiste-t-il des séquelles qui pourraient nécessiter un traitement? Oui Non
 Au près de quel assureur étiez-vous assuré pour un tel accident? _____
-
15. Votre capacité de gain ou de travail est-elle actuellement restreinte? Oui Non
-
16. Avez-vous déjà subi une incapacité partielle ou totale de gain ou de travail de plus de 14 jours? Oui Non
-
17. Touchez-vous ou touchiez-vous des prestations d'assurance de l'assurance-accidents, militaire, invalidité, ou de la Caisse de pensions (LPP) ou encore d'une autre assurance? Ou avez-vous fait une demande allant dans ce sens (le cas échéant, veuillez joindre la décision)? Oui Non

C Renseignements complémentaires concernant les questions 4 à 17

Merci de donner des indications détaillées pour éviter toute demande de précision ultérieure.

Question no (rubrique B): _____ Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Début: _____ Quel côté est concerné? (Si indication possible) Gauche Droit

La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles? Oui Non

Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi? Oui Non

Si non: date du dernier traitement _____

Médecin traitant:

Cabinet/Hôpital _____ Nom _____

Rue/no _____ NPA/Localité _____

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Question no (rubrique B): _____ Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Début: _____ Quel côté est concerné? (Si indication possible) Gauche Droit
La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles? Oui Non
Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi? Oui Non
Si non: date du dernier traitement _____

Médecin traitant:

Cabinet/Hôpital _____ Nom _____
Rue/no _____ NPA/Localité _____

Question no (rubrique B): _____ Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Début: _____ Quel côté est concerné? (Si indication possible) Gauche Droit
La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles? Oui Non
Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi? Oui Non
Si non: date du dernier traitement _____

Médecin traitant:

Cabinet/Hôpital _____ Nom _____
Rue/no _____ NPA/Localité _____

Question no (rubrique B): _____ Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Début: _____ Quel côté est concerné? (Si indication possible) Gauche Droit
La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles? Oui Non
Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi? Oui Non
Si non: date du dernier traitement _____

Médecin traitant:

Cabinet/Hôpital _____ Nom _____
Rue/no _____ NPA/Localité _____

D Remarques particulières

Pour la réalisation d'autres diagnostics ou opérations, merci d'utiliser la feuille «Questions concernant l'état de santé».

E Déclaration du (de la) soussigné(e)

Je certifie par la présente déclaration avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité, et que les réponses non écrites de ma main correspondent exactement aux indications que j'ai données. J'ai pleinement conscience qu'au cas où les indications se rapportant à mon état de santé ou à mon histoire médicale se révélaient être fausses ou incomplètes, SWICA est autorisée à réduire ses prestations, à les refuser ou à en exiger la restitution, à émettre rétroactivement une réserve ou décréter une exclusion de couverture, ou encore à résilier le contrat d'assurance avec effet immédiat. Par ma signature apposée au bas de la présente demande d'assurance, je confirme avoir reçu les Conditions générales d'assurance et les Conditions spéciales et en reconnais la portée juridique obligatoire. Afin de lui permettre d'évaluer le risque lié à la protection d'assurance demandée, j'autorise SWICA et ses partenaires en matière d'assurance à recueillir, dans le contexte du contrôle de la présente demande ainsi qu'à des fins de repérage d'une éventuelle réticence, les informations dont elle a besoin auprès de tous les médecins et/ou thérapeutes et d'autres assureurs, ainsi qu'auprès des sociétés d'assurance appartenant au groupe SWICA. Je libère expressément tous ces intervenants du secret professionnel et de leur devoir de discrétion vis-à-vis de l'assureur. En outre, j'autorise SWICA à transmettre la présente déclaration de santé à toutes les sociétés d'assurance sollicitées à des fins de contrôle de la demande et les autorise à communiquer à SWICA leur décision. Je prends dûment connaissance de ce que mes données sont susceptibles d'être échangées au sein de l'unité organisationnelle de l'assureur compétent ainsi qu'entre les sociétés actives dans le domaine de l'assurance rattachées au groupe SWICA. Cette procuration peut être retirée en tout temps par le (la) signataire. La présente demande de nouvelle assurance ou de modification d'assurance est réputée acceptée si la police d'assurance m'est envoyée ou si une confirmation écrite m'est adressée.

Lieu/Date

Signature proposant(e)

Nom et signature conseiller/conseillère