

Etat de santé

Employeur

Raison sociale Contrat n°

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom

Prénom

N° AVS . . . Date de naissance / /

E-mail Téléphone

Etat de santé

Vous sentez-vous en bonne santé ? oui non

Si non, veuillez nous donner quelques renseignements? (raison, diagnostic, date événement, nom du médecin, hôpital, adresse, ...)

Présentez-vous des restrictions de santé pouvant avoir des répercussions sur votre capacité de travail ou dont on peut s'attendre à ce qu'elles aient des répercussions sur votre capacité de travail dans les deux prochaines années ? oui non

Si oui, veuillez nous donner quelques renseignements? (raison, diagnostic, date événement, nom du médecin, hôpital, adresse, ...)

Existe-t-il des réserves sur votre état de santé ou une surprime de risque dans la caisse de pension actuelle ? * oui non

*Documents requis : Copie de la réserve et dernière attestation de prévoyance.

Avez-vous consulté un médecin, un psychologue ou un thérapeute au cours des 5 dernières années ou avez-vous suivi un traitement ? oui non

Si oui, veuillez nous donner quelques renseignements? (raison, diagnostic, date événement, durée, guérison sans séquelles, nom du médecin, hôpital, adresse, ...)

