

## Examen approfondi de l'état de santé

en cas d'admission à la fondation  
de prévoyance

### Employeur

Contrat no

Catégorie no

AVS no

756. . .

La personne à assurer doit répondre elle-même aux questions suivantes. Veuillez répondre par oui ou non à chaque question. En cas de réponse affirmative, préciser la date, la durée, la guérison, les séquelles éventuelles ainsi que l'adresse du médecin traitant.

### Déclaration de la personne à assurer

Nom

Prénom

Date de naissance

E-Mail (privé)

Adresse

En quoi consiste votre occupation professionnelle?

1. Avez-vous déjà subi une opération? ☐ Oui ☐ Non
2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous séjourné dans un hôpital, un sanatorium ou une maison de cure ou un séjour de cette nature est-il prévu? ☐ Oui ☐ Non
3. Souffrez-vous des séquelles d'un accident ou d'un handicap? ☐ Oui ☐ Non
4. Avez-vous été traité par des rayons X ou des substances radioactives? ☐ Oui ☐ Non
5. Avez-vous été en incapacité de travail pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années? ☐ Oui ☐ Non
6. Avez-vous été en traitement pendant plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années? ☐ Oui ☐ Non
7. Avez-vous été en traitement pour une raison autre que celles énoncées précédemment au cours des 5 dernières années? ☐ Oui ☐ Non

**Vous avez répondu oui à au moins une des questions 1 à 7, veuillez également répondre aux questions posées au point 8. Dans le cas contraire, passez directement à la question 9.**

| 8. Question n° | Quelle maladie ou opération?<br>Quel accident? | Quand? Combien de temps?<br>Guérison? Séquelles? | Médecin traitant?<br>(Nom et l'adresse) |
|----------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                |                                                |                                                  |                                         |
|                |                                                |                                                  |                                         |
|                |                                                |                                                  |                                         |
|                |                                                |                                                  |                                         |
|                |                                                |                                                  |                                         |
|                |                                                |                                                  |                                         |
|                |                                                |                                                  |                                         |

9. Fumez-vous? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quoi?

Combien par jour?

Depuis quand?

10. Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (drogues) au cours des 5 dernières années? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels?

11. Avez-vous ou avez-vous eu au cours des 5 dernières années des problèmes de dépendance (aux médicaments, à l'alcool, etc.)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels?

A quelle fréquence?

Quand la dernière fois?

Médecin traitant

(Nom et l'adresse)

12. Vous êtes-vous soumis à un test de dépistage du SIDA dont la positivité est établie ou incertaine? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, médecin examinateur?

(Nom et l'adresse)

13. Votre acuité visuelle est-elle diminuée? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-vous lire sans peine ( le cas échéant avec des lunettes ou des verres de contact ) un article de journal? ☐ Oui ☐ Non

14. Votre acuité auditive est-elle diminuée? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-il possible de la rétablir totalement avec un appareil auditif? ☐ Oui ☐ Non

15. Quelle est votre taille? \_\_\_\_\_ cm

16. Quel est votre poids? \_\_\_\_\_ kg

Etes-vous déjà assuré ou avez-vous déjà demandé ailleurs qu'on vous assure pour des prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité? Si oui, auprès de quel assureur et pour quel montant?

| Nom de l'assureur | Indemnité journalière |                   | Rente d'invalidité |                   |
|-------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
|                   | avec accident CHF     | sans accident CHF | avec accident CHF  | sans accident CHF |
| _____             | _____                 | _____             | _____              | _____             |
| _____             | _____                 | _____             | _____              | _____             |
| _____             | _____                 | _____             | _____              | _____             |
| _____             | _____                 | _____             | _____              | _____             |
| _____             | _____                 | _____             | _____              | _____             |
| _____             | _____                 | _____             | _____              | _____             |

#### Dispense du secret professionnel et du secret de service / consultation du dossier

Dans la mesure où cela est nécessaire à l'application de la prévoyance en faveur du personnel (examen du risque ou traitement du cas de prévoyance concret), la personne soussignée délègue l'assurance invalidité fédérale, l'assurance militaire, les assurances accidents, les institutions de prévoyance précédentes, les assurances maladie et les assurances d'indemnité journalière, les éventuelles assurances étrangères ainsi que tous les médecins traitants du secret professionnel et de service vis-à-vis de Swiss Life et des services compétents de la fédération de prévoyance de l'Ordre des Avocats zurichois. Par ailleurs, elle autorise les institutions et personnes précitées à communiquer à Swiss Life et à la fondation de prévoyance de l'Ordre des Avocats zurichois, si besoin est, tous les renseignements nécessaires et à lui donner le droit de consulter les dossiers médicaux. Seules les informations concrètes et nécessaires seront demandées, et Swiss Life ou la fondation de prévoyance de l'Ordre des Avocats zurichois traitera toutes les données de façon strictement confidentielle. Les données concernées servent uniquement au traitement des contrats de prévoyance et d'assurance. La personne signataire prend connaissance du fait qu'en cas de déclarations inexactes ou incomplètes, la fondation de prévoyance de l'Ordre des Avocats zurichois et Swiss Life peuvent réduire les prestations ou refuser de les verser dans le cadre des dispositions légales.

#### Signature

Personne à assurer

\_\_\_\_\_

Lieu et date

\_\_\_\_\_

Signature

→ En cas de déclarations inexactes ou incomplètes, Swiss Life et la fondation peuvent réduire les prestations ou refuser de les verser dans le cadre des dispositions légales.

Veillez envoyer le présent formulaire à: Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zurich