

CONCORDIA

Assurance suisse de maladie et accidents SA

Siège principal
 Bundesplatz 15, 6002 Lucerne
 Tél. 041 228 01 11
 Fax 041 228'02'07
 www.concordia.ch

Agence / Agence locale

Déclaration de santé
Assurance collective d'indemnités journalières
 Nouvelle admission Changement d'assurance

Numéro de contrat (numéro de section) _____

Nom, prénom _____ Homme Femme
 Type d'activité, profession _____
 Rue, numéro _____
 NPA / Lieu _____
 Nationalité _____ Date de naissance _____ État civil _____
 Assuré jusqu'ici auprès de _____ Salaire annuel assuré en CHF _____
 Délai d'attente en _____
 Prestation assurée en % _____ jours _____ Maladie Maladie et accident

Cocher la réponse qui convient	non	oui	Précisions (motif, durée, médecin, guérison, etc.)
01 Avez-vous actuellement des problèmes de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02 Êtes-vous en traitement / sous contrôle / en évaluation ou une telle chose (auprès d'un médecin, naturopathe, thérapeute ou autre) vous a-t-elle été recommandée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03 Est-ce qu'une opération est prévue ou recommandée? Est-ce que des cures sont prévues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04 Avez-vous effectué un test HIV dont le résultat s'est révélé "positif"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05 Souffrez-vous / avez-vous souffert d'une affection tumorale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06 Souffrez-vous / avez-vous souffert d'affections psychiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07 Êtes-vous ou avez-vous été dépendant(e) de l'alcool, de médicaments, de drogues ou d'autres stupéfiants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08 Êtes-vous invalide ou souffrez-vous d'une infirmité congénitale (si oui, veuillez joindre une copie de la décision AI)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09 Avez-vous été refusé(e) par un autre assureur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date prévue de l'accouchement?
11 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en incapacité de travail pendant plus de 4 semaines ou êtes-vous actuellement en incapacité de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12 Maladies/accidents ayant nécessité un traitement ou un examen ambulatoire, hospitalier, médical, thérapeutique ou de médecine naturelle?

néant oui , les maladies/accidents suivants:

Maladie/Accident:	Quand? Durée?	Médecin, hôpital, thérapeute, etc.:	Séquelles?
			non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
			non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
			non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
			non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
			non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
			non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Vous pouvez mentionner des informations complémentaires au verso.

13 Nom et adresse du médecin de famille resp. du médecin qui est le mieux informé de votre dossier médical:

14 Taille _____ cm Poids _____ kg

Autorisation

Par la présente, j'autorise CONCORDIA à demander auprès des médecins, hôpitaux, institutions médicales, assurances sociales et institutions d'assurance privées les renseignements nécessaires à la **vérification de la proposition d'assurance pour les assurances selon la LCA ainsi que pour l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal.**

Je déclare avoir répondu aux questions de la **déclaration de santé relative à la proposition d'assurance** de manière complète et véridique. Des données incomplètes ou fausses autorisent CONCORDIA à refuser des prestations, à émettre des réserves ou à se départir du contrat.

Lieu et date

Proposant(e) resp. représentant(e) légal(e)

.....

.....

Date et visa du Siège principal

.....