

Adhésion à l'assurance collective de risque

STIFTUNG FREIE VORSORGE
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Titre : <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	Date de naissance :
Nom :	Prénom :
Rue :	Numéro :
NPA :	Lieu :
Pays :	Nationalité(s) :
E-mail :	Téléphone :

(ci-après « personne assurée »)

Veillez remplir la présente adhésion de manière exhaustive. Il n'est pas possible de traiter une adhésion incomplète.

1. Autres données

N° AVS : _____	État civil : _____
Titre académique : _____	Profession : _____
Employeur : _____	
<input type="checkbox"/> employé(e)	
<input type="checkbox"/> indépendant(e)	
<input type="checkbox"/> sans activité lucrative	

Salaires AVS annuel des trois dernières années :

1 ^{re} année (année effective) :	CHF (arrondi) _____
2 ^e année :	CHF (arrondi) _____
3 ^e année :	CHF (arrondi) _____

Courez-vous des risques particuliers pendant vos loisirs ?

Oui Non

(p. ex. plongée sous-marine, escalade, vol acrobatique, parachutisme, course automobile, autres sports extrêmes)

Si oui, décrire l'activité : _____

Depuis quand exercez-vous cette activité ? _____ À quelle fréquence ? _____

Brevets éventuels : _____ Année d'obtention du brevet : _____

Prévoyez-vous de séjourner à l'étranger pour plus de 3 mois au cours des 12 prochains mois ?

Si oui, indiquer le pays : _____ Durée : _____ But du séjour : _____

Êtes-vous actuellement affilié(e) au 2^e pilier (caisse de pension) ?

Oui Non

Si oui, veuillez joindre le certificat de prévoyance actuel.

Avez-vous souscrit à d'autres assurances-vie, incapacité de gain ou invalidité ou des demandes en ce sens sont-elles en cours de traitement ?

Oui Non

Si oui, veuillez joindre la police actuelle ou la demande.



2. Prestations de risques souhaitées

Début de l'assurance (1er jour du mois) :

- Nouvelle demande
- Demande de modification n° d'assurance : _____

Je souhaite assurer les prestations suivantes :

- Rente d'invalidité annuelle (délai d'attente 24 mois) CHF _____
- Capital décès constant, ou linéairement décroissant CHF _____
- Rente d'orphelin annuelle (max. 18 000 CHF par enfant) CHF _____

Les prestations assurées sont fournies au plus tard jusqu'à l'âge terme (64 ans pour les femmes, 65 ans pour les hommes, 20 ans pour les orphelins [en formation jusqu'à 25 ans max.]). Les Informations et dispositions destinées aux personnes assurées du contrat d'assurance vie collective conclu entre la Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe et la VZ BVG Rück SA s'appliquent.

Quel est le motif de l'adhésion à l'assurance collective de risque ?

- Couverture personnelle Prêt commercial
- Couverture de la famille Autre motif
- Hypothèque

S'il s'agit d'un autre motif, veuillez le décrire de manière plus précise :

3. État de santé

1. Vous sentez-vous en bonne santé ?

- Oui Non

Si non, pour quelle raison / quel diagnostic ? _____

Depuis quand : _____

Médecin, hôpital, adresse : _____

2. Êtes-vous actuellement pleinement apte au travail ?

- Oui Non

Si non, pour quelle raison / quel diagnostic ? _____

Depuis quand : _____

Médecin, hôpital, adresse : _____

3. Avez-vous été en incapacité de travailler pendant plus de 4 semaines au cours des 5 dernières années ?

- Oui Non

Si non, pour quelle raison / quel diagnostic ? _____

Depuis quand : _____

Médecin, hôpital, adresse : _____

4. Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement/contrôle médical au cours des 5 dernières années ou en est-il prévu un ?

- Oui Non

Si oui, lesquelles et pourquoi ? _____

Depuis quand : _____

Médecin, hôpital, adresse : _____



5. Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des 5 dernières années ?
 Oui Non
Si oui, lesquels ? _____
Depuis quand : _____
Médecin, hôpital, adresse : _____
6. Avez-vous consommé des produits pour fumeurs au cours des 24 derniers mois ?
 Oui Non
Si oui, lesquels ? _____
Combien par semaine ? _____
7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'addictions au cours des 10 dernières années ou avez-vous consommé des drogues ou stupéfiants illicites ?
 Oui Non
Si oui, lesquels ? _____
Depuis quand : _____
Médecin, hôpital, adresse : _____
8. Avez-vous des infirmités congénitales, handicaps physiques ou séquelles d'un accident ou d'une maladie ?
 Oui Non
Si oui, lesquels ? _____
Depuis quand : _____
Médecin, hôpital, adresse : _____
9. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années de maladies cardiaques ou circulatoires, de maladies psychiques, de tumeurs ou d'autres maladies ou symptômes qui n'ont pas encore été mentionnés ?
 Oui Non
Si oui, pour quelle raison / quel diagnostic ? _____
Depuis quand : _____
Médecin, hôpital, adresse : _____
10. Veuillez indiquer votre taille (cm) et votre poids (kg).
Taille: _____ Poids: _____
11. Percevez-vous ou avez-vous perçu au cours des 10 dernières années des prestations de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire ou de l'assurance-accidents, de la caisse de pension, d'une assurance sociale étrangère ou d'une autre assurance, ou avez-vous demandé de telles prestations ?
 Oui Non
Si oui, lesquelles et pourquoi ? _____
Depuis quand : _____
Médecin, hôpital, adresse : _____
12. Des requêtes concernant des assurances du 2e ou 3e pilier, une caisse-maladie ou une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie/accident ont-elles été refusées ou acceptées à des conditions plus strictes (réserves, surprimes, réduction de la période d'assurance et/ou des prestations) ou avez-vous retiré de telles requêtes ?
 Oui Non
Si oui, pourquoi? _____



4. Confirmation

En signant ce document, vous confirmez avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité. Si certaines indications sont inexactes ou incomplètes, la Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe peut réduire ou refuser les prestations. Vous confirmez en outre l'exactitude des faits (faits de danger) mentionnés dans ce document. Vous vous engagez à annoncer tout changement survenant avant le début de la couverture d'assurance définitive.

Vous déclarez avoir reçu, lu et pris connaissance des Informations et dispositions destinées aux personnes assurées du contrat d'assurance vie collective conclu entre la Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe et VZ BVG Rück SA et les reconnaître dans leur intégralité.

Vous autorisez les médecins, physiothérapeutes, chiropraticiens, hôpitaux, etc. mentionnés à renseigner la Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe et VZ BVG Rück SA sur votre état de santé.

Cette autorisation vaut également pour la transmission de renseignements au service des médecins-conseils et médecins d'assurances de RVK, Haldenstrasse 25, 6006 Lucerne. Celui-ci agit en tant que mandataire de VZ BVG Rück SA dans le cadre de l'examen de votre état de santé.

Des informations sur la manière dont la Stiftung freie Vorsorge traite les données de clients figurent dans la déclaration de confidentialité à l'adresse www.freievorsorge.ch/page/datenschutz et peuvent être obtenues auprès de la fondation.

Des informations sur la manière dont VZ BVG Rück SA traite les données de clients figurent dans la déclaration de confidentialité à l'adresse www.vzch.com/fr/declaration-de-confidentialite et peuvent être obtenues auprès de la VZ BVG Rück SA.

Prière d'envoyer le formulaire d'adhésion original ou par e-mail à la Stiftung freie Vorsorge :

Stiftung freie Vorsorge
Löwenstrasse 25
Case postale
8021 Zurich

E-mail: info@freievorsorge.ch

Date :



Nom :

Prénom :

