

Adhésion à l'assurance collective de risque

STIFTUNG FREIE VORSORGE
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Titre:	☐ Monsieur ☐ Madame	Date de naissance:	
Nom:		Prénom:	
Rue:		Numéro:	
NPA:		Lieu:	
Pays:		Nationalité(s):	
E-mail:		Téléphone:	

(ci-après «personne assurée»)

Prière de remplir la présente adhésion de manière exhaustive. Un formulaire incomplet ne pourra pas être traité et l'adhésion à l'assurance collective de risque ne sera alors pas possible. Pour pouvoir adhérer à l'assurance collective de risque, la personne assurée doit en outre être membre de l'Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe. Si ce n'est pas encore le cas, une demande en ce sens doit être faite dans le cadre de l'annonce à l'assurance collective (demande d'adhésion).

1. Autres données

N° AVS:		État civil:	
Titre académique:		Profession:	
Employeur:			
☐ employé(e)			
☐ indépendant(e)			
☐ sans activité lucrative			

Salaire AVS annuel des trois dernières années:

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

La personne assurée coure-t-elle des risques particuliers pendant ses loisirs?

- ☐ Non
- ☐ Oui, plongée Merci de joindre le formulaire complémentaire «Questionnaire sur les risques liés aux loisirs Plongée»
- ☐ Oui, alpinisme et/ou escalade Merci de joindre le formulaire complémentaire «Questionnaire sur les risques liés aux loisirs Alpinisme et escalade»
- ☐ Oui, sports d'hiver (avec risque accru) Merci de joindre le formulaire complémentaire «Questionnaire sur les risques liés aux loisirs Sports d'hiver»

En l'absence du formulaire complémentaire correspondant, la demande ne pourra pas être examinée de manière définitive.

- ☐ Oui, autre activité à risque (p. ex. aviation privée, sport automobile ou autres sports/activités extrêmes).

Merci de préciser:

Depuis quand?		À quelle fréquence?	
Brevets éventuels:		Année d'obtention du brevet:	

La personne assurée prévoit-elle 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:



La personne assurée est-elle actuellement affilié(e) au 2^e pilier (caisse de pension)?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, merci de joindre le certificat de prévoyance actuel.

La personne assurée a-t-elle 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, merci de joindre la police actuelle ou la demande.

2. Prestations de risques souhaitées

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

☐ Nouvelle demande

☐ Demande de modification n° d'assurance:

La personne assurée 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 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, merci de le décrire de manière plus précise:

3. État de santé

1. La personne assurée se sent-elle en bonne santé?

☐ Oui

☐ Non

Si non, pour quelle raison / quel diagnostic?

Depuis quand?

Médecin, hôpital, adresse:

2. La personne assurée est-elle actuellement pleinement apte au travail?

☐ Oui

☐ Non

Si non, pour quelle raison / quel diagnostic?

Depuis quand?

Médecin, hôpital, adresse:

3. La personne assurée a-t-elle été en incapacité de travailler pendant plus de 4 semaines au cours des 5 dernières années?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, pour quelle raison / quel diagnostic?

Depuis quand?

Médecin, hôpital, adresse:



4. La personne assurée suit-elle ou a-t-elle suivi un traitement/contrôle médical au cours des 5 dernières années ou en est-il prévu un?
- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, lesquels et pourquoi? _____
- Depuis quand ? _____
- Médecin, hôpital, adresse: _____
5. La personne assurée prend-elle ou a-t-elle pris régulièrement des médicaments au cours des 5 dernières années?
- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, lesquels? _____
- Depuis quand? _____
- Médecin, hôpital, adresse: _____
6. La personne assurée a-t-elle consommé des produits pour fumeurs au cours des 24 derniers mois?
- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, lesquels? _____
- Combien par semaine? _____
7. La personne assurée souffre-t-elle ou a-t-elle souffert d'addictions au cours des 10 dernières années ou a-t-elle consommé des drogues ou stupéfiants illicites?
- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, lesquels? _____
- Depuis quand? _____
- Médecin, hôpital, adresse: _____
8. La personne assurée a-t-elle 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. La personne assurée souffre-t-elle ou a-t-elle 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. Prière d'indiquer la taille (cm) et le poids (kg) de la personne assurée.
- Taille: _____ Poids: _____
11. La personne assurée perçoit-elle ou a-t-elle 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 a-t-elle demandé de telles prestations?
- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, lesquelles et pourquoi? _____
- Depuis quand?: _____
- Médecin, hôpital, adresse: _____
12. Des requêtes concernant des assurances du 2° ou 3° 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 la personne assurée a-t-elle retiré de telles requêtes?



☐ Oui

☐ Non

Si oui, pourquoi? _____

4. Confirmation

En signant ce document, la personne assurée confirme 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. La personne assurée confirme en outre l'exactitude des faits (faits de danger) mentionnés dans ce document. La personne assurée s'engage à annoncer tout changement survenant avant le début de la couverture d'assurance définitive.

La personne assurée déclare avoir reçu, lu et pris acte 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.

La personne assurée confirme qu'elle adhère à l'Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe ou justifiera de son adhésion.

La personne assurée autorise 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 son 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 l'état de santé de la personne assurée.

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 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:

