

A remplir par la personne à assurer

Des signes ou des traits ne sont pas considérés comme réponse

6. a) Estimez-vous être actuellement en bonne santé?
- b) Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou des suites d'une maladie, d'une opération ou d'un accident?
- (si oui, indiquez exactement de quoi vous souffrez et depuis quand? Nom du médecin traitant?)
- c) Avez-vous dû interrompre votre travail pour plus de 4 semaines consécutives au cours des 5 dernières années?
- d) De quelles autres maladies avez-vous souffert ou quelles opérations avez-vous subies au cours des 10 dernières années?
- (indications précises, date, nom et adresse du médecin traitant)
- e) Souffrez-vous d'une infirmité (si oui, laquelle?)
- f) Avez-vous déjà été soigné dans des sanatoriums ou avez-vous fait des cures?
- (si oui, pourquoi et quand?)
7. Quel est votre médecin de famille?
- (Nom et adresse)
8. Quel est a) votre taille? b) votre poids? a) cm b) kg
9. Etiez-vous assuré auprès de votre ancienne institution de prévoyance avec une clause restrictive pour votre état de santé (exclusion, limitation, restriction de prestations, majoration de prime)?
- (si oui, mentionnez la date de la clause restrictive)

Confirmation

(Le terme «la Bâloise» est utilisé ci-après pour la Bâloise Assurance SA, la Bâloise Vie SA, la Bâloise-Fondation collective pour la prévoyance professionnelle obligatoire, la Bâloise-Fondation collective pour la prévoyance professionnelle extraobligatoire et la Fondation collective Trigona pour la prévoyance professionnelle).

Je confirme que j'ai compris toutes les questions et que j'y ai répondu véridiquement et complètement. J'ai pris connaissance du fait que je dois annoncer, jusqu'à l'acceptation de la proposition, toute altération de mon état de santé.

Je sais que la couverture d'assurance peut être réduite ou refusée si les réponses aux questions posées sont incomplètes et non conformes à la vérité, même si elles ont été écrites par une autre personne (art. 4 ss. LCA).

J'autorise la Bâloise à traiter les données nécessaires à l'examen de la proposition, à l'exécution du contrat (cas d'assurance inclus) et à l'optimisation des prestations commerciales. La Bâloise peut notamment :

- transmettre des données à des réassureurs et coassureurs, à des tiers concernés en Suisse et à l'étranger ainsi qu'aux sociétés du Groupe Bâloise, chargés du traitement des données ;
- se procurer toute information utile auprès des fournisseurs de prestations médicales (médecins, chiropraticiens, psychologues, personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical, laboratoires, hôpitaux, institutions de soins semi-hospitaliers ou ambulatoires, hospices), des assureurs sociaux (AVS, AI, LAA, LAMal) et privés, des institutions de prévoyance, des autorités, du ou des employeurs ainsi que des tiers concernés et consulter leurs dossiers ;
- transmettre des données personnelles, y compris sur l'état de santé à d'autres branches d'assurance à l'intérieur de la Bâloise pour l'examen de leurs propositions d'assurance.

Le présent consentement est valable indépendamment de la conclusion du contrat.

Les sociétés susmentionnées appartenant à la Bâloise se donnent accès réciproquement aux données de base du contrat. Cet accès est également garanti à la Baloise Bank SoBa AG et la Baloise Asset Management Suisse SA.

Ces données peuvent aussi être utilisées à des fins de marketing au sein de ces sociétés. Je prends connaissance de mon droit de communiquer à la Bâloise mon refus de toute publicité (Bâloise Assurance SA, Centre de Services, Aeschengraben 21, Case postale 2275, 4002 Bâle).

De même, je suis en droit de demander à la Bâloise les renseignements prévus par la loi sur le traitement des données me concernant.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer:

....., le

Laisser en blanc

Abréviations

LPP Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité

AI Assurance invalidité

AM Assurance militaire

LAA Loi fédérale sur l'accident