

## Déclaration de santé à l'intention du service médical de la Bâloise

Employeur / Fondation .....

Numéro de l'assuré  
(si déjà assuré)

Numéro du contrat  
(si assurance du personnel existe déjà)

.....

### A. Données personnelles

- 1) Nom et prénom .....
- 2) Date de naissance (jour, mois, année) .....
- 3) Profession exercée, fonction .....

### B. Indications personnelles

1. a) Taille en cm ..... b) Poids en kg .....

2. Avez-vous dû interrompre votre travail par suite de maladie ou d'accident pour plus de 3 semaines consécutives durant les 5 dernières années?  oui  non

Si votre réponse à cette question est oui, veuillez donner des renseignements détaillés sur:

Nature de la maladie/ de l'accident	Année	Durée de l'interruption de travail du au	Médecin, hôpital (service), avec adresse exacte

3. Estimez-vous être actuellement en bonne santé?  
Si non, indiquez-en les raisons?  oui  non

.....

4. Souffrez-vous d'une infirmité corporelle?  
Si oui, de laquelle?  oui  non

.....

5. Prenez-vous, ou avez-vous dû prendre des médicaments pendant une longue durée?  
Si oui, veuillez indiquer en détail: lesquels? quand? combien de fois?  oui  non

.....

.....

6. Avez-vous suivi, sur prescription médicale, une cure au cours des 10 dernières années?  
Si oui, laquelle? quand? où?  oui  non

.....

.....

7. Nom et adresse de votre médecin de famille? Nom ..... Adresse .....

.....

## 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, la Fondation collective Trigona pour la prévoyance professionnelle et la Fondation collective Perspectiva 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 .....

---