

## Avis d'entrée pour la perte de gain maladie

### Assureur

- Groupe Mutuel Assurances GMA SA  
 Mutuel Assurances Maladie SA  
 Philos Assurance Maladie SA  
 EasySana Assurance GMA SA  
 Avenir Assurance Maladie SA

### Employeur

Raison sociale \_\_\_\_\_ N° de contrat \_\_\_\_\_  
NPA/Localité \_\_\_\_\_ Catégorie (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

### Personne à assurer

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_  
No d'assurance \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
Etat civil \_\_\_\_\_ Date du mariage \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Permis de séjour \_\_\_\_\_

Langue:  F  D  I  E

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Date d'entrée \_\_\_\_\_ Salaire AVS annuel, en CHF \_\_\_\_\_ Taux d'activité, en % \_\_\_\_\_  
Pour les personnes indépendantes au sens de l'AVS, revenu annuel assuré: CHF \_\_\_\_\_

### Questions complémentaires

La personne à assurer jouit-elle de sa pleine capacité de travail?  oui  non

La personne à assurer reçoit-elle des indemnités journalières ou des rentes de l'AI, de la LAA,  
de l'assureur maladie ou d'autres assureurs?  oui  non

Si oui, de qui \_\_\_\_\_ Degré d'invalidité en % \_\_\_\_\_

joindre une copie de la décision

Lieu et date :

Signature et timbre de l'employeur :



**Le questionnaire médical annexé doit être complété par la personne à assurer.**

#### Des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / SUPRA – 1846 SA  
AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA / Mutuel Assurances SA / Groupe Mutuel Vie GMV SA

**Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA:** Groupe Mutuel Prévoyance-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

**Coordonnées administratives:** Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny – 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch

## Questionnaire médical – Confidentiel

### Assureur

- Groupe Mutuel Assurances GMA SA  
 Mutuel Assurances Maladie SA       EasySana Assurance GMA SA  
 Philos Assurance Maladie SA       Avenir Assurance Maladie SA

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

Nom, prénom et adresse du médecin de famille ou du médecin traitant:

- 
1. Avez-vous suivi au cours des 5 ans passés ou suivez-vous actuellement un traitement médical?  non  oui
2. Avez-vous été hospitalisé(e) ou une hospitalisation est-elle envisagée?  non  oui
3. Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en incapacité de travail?  non  oui
4. Prenez-vous actuellement des médicaments?  non  oui
5. Avez-vous été victime d'accidents dont les séquelles laissent prévoir des traitements futurs?  non  oui
6. Avez-vous suivi un traitement psychothérapeutique?  non  oui
7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies de dépendance (drogue, médicament, alcool)?  non  oui
8. Vous êtes-vous soumis(e) à un test HIV (SIDA)?  non  oui
- Si oui, résultat:  HIV positif  HIV négatif

### Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert de troubles de la santé ou avez-vous des dispositions aux maladies suivantes:

9. des organes respiratoires (par ex. asthme, bronchite chronique, emphysème, pneumonie)?  non  oui
10. de l'appareil cardio-vasculaire (par ex. troubles cardiaques, tension artérielle, embolies, varices, thrombose)?  non  oui
11. d'affections de l'appareil digestif (par ex. de l'oesophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, des intestins, hémorroïdes)?  non  oui
12. des os, des articulations ou des muscles (par ex. rhumatisme, arthrose, ostéoporose, malformations)?  non  oui
13. du dos (par ex. hernie discale, atteintes cervicales, sciatique, lombalgie)?  non  oui
14. des yeux ou des oreilles?  non  oui
15. des reins, des organes génitaux, de la vessie ou de la prostate (par ex. calculs, malformations, tumeurs)?  non  oui
16. du système nerveux (par ex. symptômes de paralysie, épilepsie, migraines, vertiges, tumeurs)?  non  oui
17. du métabolisme, du sang (par ex. diabète, goutte, anémie, leucémie, affection de la rate)?  non  oui
18. maladies endocriniennes (par ex. thyroïde, surrénales, hypophyse)?  non  oui
19. de la peau (par ex. allergies, eczéma, psoriasis, cancers)?  non  oui
20. autres affections, malformations ou infirmités non mentionnées ci-dessus?  non  oui

#### Des sociétés de Groupe Mutuel Holding SA

Avenir Assurance Maladie SA / Easy Sana Assurance Maladie SA / Mutuel Assurance Maladie SA / Philos Assurance Maladie SA / SUPRA – 1846 SA  
 AMB Assurances SA / Groupe Mutuel Assurances GMA SA / Mutuel Assurances SA / Groupe Mutuel Vie GMV SA

Fondations administrées par Groupe Mutuel Services SA: Groupe Mutuel Prévoyance-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie

Coordonnées administratives: Rue des Cèdres 5 – CH 1919 Martigny – 0848 603 111 – www.groupemutuel.ch

**Pour les femmes**

21. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une affection gynécologique, d'une affection des seins, de stérilité?  non  oui

22. Etes-vous enceinte? Si oui, date présumée de l'accouchement \_\_\_\_\_  non  oui

23. Indiquez votre taille et votre poids? Taille \_\_\_\_\_ cm Poids \_\_\_\_\_ kg

24. Fumez-vous? Si oui, combien par jour \_\_\_\_\_  non  oui

25. Une couverture précédente, LPP ou maladie, a-t-elle été grevée d'une réserve, refusée ou limitée à certaines prestations déterminées?  non  oui  
Si oui, motif et nom de l'assureur concerné \_\_\_\_\_

26. Avez-vous déjà épuisé votre droit à une assurance perte de gain auprès d'un assureur?  non  oui  
Si oui, lequel et quand? \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à une des questions 1 à 21, prière de compléter le tableau suivant :**

point N°	genre de maladie ou d'accident (diagnostic, médicaments)	année	durée de traitement	opéré(e)	incapacité de travail	guéri (e) sans suites	médecin traitant/hôpital/ adresse
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Durée :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

**Déclaration de la personne à assurer**

Je déclare par ma signature avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées et atteste que les réponses écrites par une tierce personne sont conformes à mes indications. Pour toutes les questions relatives à ce questionnaire, je délie les médecins, le personnel paramédical, les hôpitaux, les assureurs précédents et les autres assureurs de leur obligation de garder le secret envers l'assureur. J'autorise l'assureur à traiter les données nécessaires. En cas de fausses déclarations ou déclarations incomplètes, les prestations sont refusées par l'assureur. La fondation LPP se réserve le droit d'examiner l'admission sur la base des renseignements obtenus. Pour des raisons d'allègement administratif, si mon employeur est affilié auprès du Groupe Mutuel pour la perte de gain maladie et pour la LPP, cette déclaration est transmise à l'assureur perte de gain et à la fondation LPP.

**Remarques** \_\_\_\_\_

Lieu et date :

Signature de la personne à assurer :