

DÉCLARATION DE SANTÉ.

Veillez cocher les cases appropriées .

A. PERSONNE À ASSURER

Nom

Prénom

Date de naissance (jour/mois/année) Sexe masculin féminin

Nationalité

Rue/no

NPA/Localité

Téléphone
(joignable dans la journée)

E-mail

Activité professionnelle

Nom de l'entreprise/
l'employeur

B. DÉCLARATION DE SANTÉ

Important: si vous répondez «oui» à l'une des questions 4 à 17, il vous faudra donner des renseignements plus précis à la rubrique C.

Nom et adresse de la/du médecin la/le plus apte à fournir de plus amples informations sur votre état de santé:

Cabinet/Hôpital

Nom

Rue/no

NPA/Localité

1. Vous sentez-vous actuellement en parfait état de santé? Oui Non
2. Taille, poids cm kg Oui Non
3. Avez-vous subi un test HIV/hépatite (hépatite B, C)? Oui Non

HIV positif	HIV négatif	Aucun test HIV effectué
Hépatite positif	Hépatite négatif	Aucun test d'hépatite effectué
4. Pour les femmes: êtes-vous enceinte ou avez-vous accouché dans les six derniers mois? Oui Non

Si oui: date de l'accouchement Poids avant la grossesse kg
5. Des demandes ont-elles déjà été refusées, reportées par SWICA ou un autre assureur ou bien acceptées uniquement dans des conditions compliquées? Oui Non

(par ex. exclusion de couverture, supplément pour risque/hausse de prime, refus de la demande)

Si oui, pourquoi et sur la base de quel diagnostic? (Préciser à la rubrique D.)
6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en traitement ou êtes-vous actuellement en traitement/contrôle/ investigation ou avez-vous l'intention d'entreprendre un traitement ou un traitement a-t-il été recommandé mais non effectué? Si oui, de quoi s'agit-il? Oui Non

(par ex. des traitements/contrôles/investigations médicaux, esthétiques, de chirurgie esthétique, de pédagogie curative, psychiatriques, préventifs, psychologiques, dentaires, de physiothérapie ou de médecine complémentaire/alternative/naturopathie, etc.)

Nom

Prénom

Date de naissance (jour/mois/année)

7. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des dix dernières années de maladies/troubles/symptômes ou ont-ils été diagnostiqués par une/un médecin et/ou avez-vous reçu un traitement thérapeutique? Si oui, lesquels?
(par ex. un trouble ou une maladie des voies respiratoires, des organes respiratoires; du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire; du système nerveux ou de la psyché; des organes digestifs; des reins, des organes urinaires ou génitaux; de la peau ou allergies; affections des muscles, des os, des articulations ou de la colonne vertébrale; maladies du métabolisme, du sang ou infectieuses; des organes sensoriels [yeux, oreilles, nez]; tumeurs ou cancers; problèmes de poids; autre maladie, accident, malformations, sevrage de substances addictives, etc.)
- Oui Non
8. Avez-vous déjà souffert d'une maladie tumorale, d'une hernie discale, d'une maladie psychique ou d'une maladie cardiovasculaire? Si oui, précisez svp.
(par ex. maladie cardiaque, crise cardiaque, embolie pulmonaire, maladie vasculaire, accident vasculaire cérébral, tumeurs, dépression, etc.)
- Oui Non
9. Avez-vous séjourné ou séjournez-vous actuellement dans un hôpital, une clinique spécialisée, un sanatorium, un établissement de cure ou avez-vous subi une cure de désintoxication?
- Oui Non
10. Avez-vous déjà subi une intervention/opération en ambulatoire ou stationnaire ou vous a-t-il été conseillé de le faire?
Si oui, vous a-t-on posé un implant ou un corps étranger?
(plaques, vis, prothèses, implants mammaires, remplacement articulaire, anneau gastrique, stent, etc.)
- Oui Non
- Oui Non
- Quoi et où? en place enlevé sera enlevé
- Quand le corps étranger a-t-il été posé?
11. Avez-vous des séquelles d'une maladie, d'un accident ou souffrez-vous de troubles dus à la naissance ou d'une infirmité congénitale ou présentez-vous des dispositions particulières à une maladie constatée par une/un médecin?
- Oui Non
12. Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments au cours des dix dernières années? au cours des cinq dernières années?
- Oui Non
- | Nom du médicament (désignation exacte) | Nombre par jour | Durée de ... à ... | Maladie/trouble |
|--|-----------------|--------------------|-----------------|
|--|-----------------|--------------------|-----------------|
13. Consommez-vous régulièrement ou avez-vous consommé régulièrement de la nicotine, de l'alcool, des drogues ou autres?
- Oui Non
- | Nicotine (e-cigarettes, cigares, shisha, snus, pipe) | Alcool (1 unité = 1 dl vin, 3 dl bière ou 4 cl spiritueux) | Drogues (cannabis, marijuana, chanvre et haschisch, crack, ecstasy, hallucinogène, héroïne, cocaïne, LSD, opiacés, speed, autres) |
|--|--|---|
|--|--|---|
- Quelle substance/sorte? Nombre/unités, etc. par jour/semaine/mois/an Durée de ... à ...
14. Avez-vous déjà été victime d'accidents?
Si oui, les blessures qui en résultent sont-elles complètement guéries?
Subsiste-t-il des séquelles qui pourraient nécessiter un traitement?
Après de quel assureur étiez-vous assuré pour un tel accident?
- Oui Non
Oui Non
Oui Non
15. Votre capacité de gain ou de travail est-elle actuellement restreinte?
- Oui Non
16. Avez-vous déjà subi une incapacité partielle ou totale de gain ou de travail de plus de 14 jours?
- Oui Non
17. Touchez-vous ou touchiez-vous des prestations d'assurance de l'assurance-accidents, militaire, invalidité, ou de la Caisse de pensions (LPP) ou encore d'une autre assurance? Ou avez-vous fait une demande allant dans ce sens? (Le cas échéant, veuillez joindre la décision.)
- Oui Non

Nom

Prénom

Date de naissance

(jour/mois/année)

C. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES QUESTIONS 4 À 17

Merci de donner des indications détaillées pour éviter toute demande de précision ultérieure.

Question no (rubrique B) Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Quel côté est concerné? (si indication possible)	Gauche	Droit	Début		
La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles?				Oui	Non
Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi?				Oui	Non
Si non: date du dernier traitement					
Médecin traitant(e):					
Cabinet/Hôpital				Nom	
Rue/no				NPA/Localité	

Question no (rubrique B) Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Quel côté est concerné? (si indication possible)	Gauche	Droit	Début		
La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles?				Oui	Non
Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi?				Oui	Non
Si non: date du dernier traitement					
Médecin traitant(e):					
Cabinet/Hôpital				Nom	
Rue/no				NPA/Localité	

Question no (rubrique B) Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Quel côté est concerné? (si indication possible)	Gauche	Droit	Début		
La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles?				Oui	Non
Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi?				Oui	Non
Si non: date du dernier traitement					
Médecin traitant(e):					
Cabinet/Hôpital				Nom	
Rue/no				NPA/Localité	

Question no (rubrique B) Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Quel côté est concerné? (si indication possible)	Gauche	Droit	Début		
La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles?				Oui	Non
Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi?				Oui	Non
Si non: date du dernier traitement					
Médecin traitant(e):					
Cabinet/Hôpital				Nom	
Rue/no				NPA/Localité	

Nom

Prénom

Date de naissance

(jour/mois/année)

D. REMARQUES PARTICULIÈRES

Pour la réalisation d'autres diagnostics ou opérations, merci d'utiliser la feuille «Questions concernant l'état de santé».

E. DÉCLARATION DE LA/DU SOUSSIGNÉ(E)

Je certifie par la présente déclaration avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité, et que les réponses non écrites de ma main correspondent exactement aux indications que j'ai données. J'ai pleinement conscience qu'au cas où les indications se rapportant à mon état de santé ou à mon histoire médicale se révélaient être fausses ou incomplètes, SWICA est autorisée à réduire ses prestations, à les refuser ou à en exiger la restitution, à émettre rétroactivement une réserve ou décréter une exclusion de couverture, ou encore à résilier le contrat d'assurance avec effet immédiat. Par ma signature apposée au bas de la présente demande d'assurance, je confirme avoir reçu les Conditions générales d'assurance et les Conditions spéciales et en reconnais la portée juridique obligatoire. Afin de lui permettre d'évaluer le risque lié à la protection d'assurance demandée, j'autorise SWICA et ses partenaires en matière d'assurance à recueillir, dans le contexte du contrôle de la présente demande ainsi qu'à des fins de repérage d'une éventuelle réticence, les informations dont elle a besoin auprès de toutes et tous les médecins et/ou thérapeutes et d'autres assureurs, ainsi qu'auprès des sociétés d'assurance appartenant au groupe SWICA. Je libère expressément toutes et tous ces intervenant(e)s du secret professionnel et de leur devoir de discrétion vis-à-vis de l'assureur. En outre, j'autorise SWICA à transmettre la présente déclaration de santé à toutes les sociétés d'assurance sollicitées à des fins de contrôle de la demande et les autorise à communiquer à SWICA leur décision. Je prends dûment connaissance de ce que mes données sont susceptibles d'être échangées au sein de l'unité organisationnelle de l'assureur compétent ainsi qu'entre les sociétés actives dans le domaine de l'assurance rattachées au groupe SWICA. Cette procuration peut être retirée en tout temps par la/le signataire. La présente demande de nouvelle assurance ou de modification d'assurance est réputée acceptée si la police d'assurance m'est envoyée ou si une confirmation écrite m'est adressée.

Lieu/date

Signature du/de la proposant(e)/
représentant(e) légal(e)

Nom et signature du conseiller/
de la conseillère

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

