

[_____] Proposant / Preneur d'assurance	[_____] Proposition / Police N°
[_____] Personne à assurer : nom, prénom	[____] [____] [____] Date de naissance
[_____] Adresse	[_____] NPA / Localité

Activité professionnelle: _____ Taux d'activité: _____%

Taille / Poids: _____cm / _____kg

Fumez-vous la cigarette, la pipe, le cigare ou consommez-vous du tabac sous une autre forme? oui non

Si oui: Depuis quand? _____ Quoi? _____ Quantité? _____

VAUDOISE VIE: pour les tarifs non-fumeur, le preneur d'assurance et/ou la personne à assurer s'engagent à informer immédiatement la VAUDOISE VIE si la personne à assurer commence ou recommence à consommer du tabac sous quelque forme que ce soit.

S'ils ont omis de le faire, le tiers de la prestation en cas de décès est versée.

La VAUDOISE VIE est autorisée à effectuer en tout temps des investigations permettant de déterminer la consommation de tabac.

Questionnaire médical

Nom et adresse complète du médecin le mieux à même de communiquer des renseignements sur votre état de santé:

Il est impératif que toutes les questions soient complétées

1. Etes-vous actuellement en parfaite santé et en pleine capacité de travail?

Précisez votre réponse si vous avez répondu "non" à cette question.

oui non

Raison, résultat, constatations, diagnostic En cas d'accident: nature des lésions, parties du corps atteintes	Depuis quand? mois/année	Durée?	Guéri(e) sans suites?		Nom et adresse du médecin traitant et/ou de l'hôpital, département y compris
			Oui	Non	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Date et signature

de la personne à assurer: Date [____] [____] [____] Signature [_____]

[_____]
Personne à assurer : nom, prénom

[_____] [_____] [_____]
Date de naissance

2. Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert au cours de ces 5 dernières années de douleurs particulières, de troubles de la santé, de suites d'une maladie ou d'un accident, d'anomalies, d'infirmités, d'affections congénitales? oui non

Raison, résultat, constatations, diagnostic En cas d'accident: nature des lésions, parties du corps atteintes	Depuis quand? mois/année	Durée?	Guéri(e) sans suites?		Nom et adresse du médecin traitant et/ou de l'hôpital, département y compris
			Oui	Non	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Etes-vous actuellement ou avez-vous été, au cours de ces 5 dernières années, traité(e), examiné(e), contrôlé(e), ou conseillé(e) par un médecin, un psychiatre, un psychologue ou une autre personne de formation médicale? oui non

Raison, résultat, constatations, diagnostic En cas d'accident: nature des lésions, parties du corps atteintes	Depuis quand? mois/année	Durée ET nombre de consultations	Guéri(e) sans suites?		Nom et adresse du médecin traitant et/ou de l'hôpital, département y compris
			Oui	Non	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Au cours de ces 5 dernières années, avez-vous subi, pour des raisons de santé, une incapacité de travail totale ou partielle pendant plus de 4 semaines consécutives? oui non

Raison, résultat, constatations, diagnostic En cas d'accident: nature des lésions, parties du corps atteintes	Depuis quand? mois/année	Durée?	Guéri(e) sans suites?		Nom et adresse du médecin traitant et/ou de l'hôpital, département y compris
			Oui	Non	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Date et signature
de la personne à assurer: Date [_____] [_____] [_____] Signature [_____]

[_____]
Personne à assurer : nom, prénom

[_____] [_____] [_____]
Date de naissance

Confirmation

Le terme Vaudoise est utilisé ci-après pour la VAUDOSIE GENERALE et la VAUDOISE VIE, Compagnie d'Assurances SA.

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 Vaudoise à traiter les données nécessaires à l'examen de la proposition, à l'exécution du contrat (cas d'assurance inclus).

La Vaudoise peut notamment:

- Transmettre des données du groupe Vaudoise à des réassureurs et coassureurs, à des tiers concernés en Suisse et à l'étranger ainsi qu'aux sociétés du groupe Vaudoise, 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;
- Les sociétés appartenant au groupe Vaudoise se donnent accès réciproquement aux données de base et nécessaires au contrat.

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

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

Je consens à ce que le collaborateur du service externe ou le courtier qui s'occupe de mes affaires soit informé sur les éventuelles conditions contractuelles particulières. Ces conditions peuvent également contenir des informations médicales relatives à la personne assurée.

La Vaudoise se réserve le droit de demander un examen médical, les frais y relatifs étant à sa charge.

Ce document dûment complété, daté et signé peut être retourné à l'adresse suivante:

VAUDOISE Assurances
Service médical
Place de Milan
Case postale 120
1001 Lausanne

[_____]
Lieu

[_____]
Signature de la personne à assurer

[_____]
Date

[_____]
Signature du représentant légal