



→ Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé ainsi que tous les documents nécessaires à:

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance professionnelle (LPP)
Case postale 660
1001 Lausanne

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 21 340 63 33
Fax +41 21 340 63 29
Heures d'ouverture lu. - vr.
08:00 - 12:00/ 13:30 - 17:00

Personne assurée : _____ N° ass. soc. : 756. _____

Questionnaire de santé

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Au début de l'assurance, étiez-vous totalement ou partiellement invalide?(En cas de décision AI, veuillez joindre une copie) | oui | non |
| 2. Souffrez-vous des suites d'un accident ou d'une maladie? | oui | non |
| 3. Avez-vous besoin de médicaments, suivez-vous un traitement médical ou êtes-vous sous contrôle médical? | oui | non |
| 4. Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert de problèmes cardiaques ou circulatoires, de pression sanguine élevée, de tuberculose des organes respiratoires, d'abcès, de tumeurs, de cancer, d'albumine dans l'urine, de diabète, d'affections rénale, biliaire ou du foie, d'affections aux articulations ou à la colonne vertébrale, d'épilepsie, de dépression ou affections nerveuses, d'affections aux yeux ou de l'appareil auditif? | oui | non |
| 5. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été obligée d'interrompre le travail durant plus de quatre semaines en raison d'une maladie ou d'un accident? | oui | non |
| 6. Avez-vous effectué un test de SIDA avec résultat HIV positif? | oui | non |
| 7. Percevez-vous une rente de l'assurance-accidents ou militaire? | oui | non |
- Si oui, par quel assureur? _____

Pour toute question à laquelle vous avez répondu par l'affirmative, nous vous prions de fournir les indications suivantes:

Question n°	Quels troubles, maladies, affections, examens?	Médecins traitants, hôpitaux (indiquer l'adresse et, pour les hôpitaux, le médecin ou le service)	de – au
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

La personne à assurer autorise tous les médecins qui ont été ou sont en charge de son traitement de renseigner la Fondation institution supplétive LPP sur son état de santé et les délègue à cette fin du secret professionnel. Elle confirme avoir répondu conformément à la vérité et exhaustivement à toutes les questions.

Localité

Date

Signature