

## Déclaration de santé

**La déclaration de santé doit être remplie, si le salaire brut annualisé (=salaire mensuel brut x 12 ou 13) à un taux d'activité de 100% dépasse CHF 100'000.- (remplir en cas d'entrée ou d'augmentation de salaire).**

La déclaration de santé doit être remplie par la personne assurée et envoyée en original par poste.

### Personne assurée:

Nom: ..... Date de naissance: .....  
Prénom: ..... N° assuré(e): .....  
Employeur: ..... Entrée SHP au: .....

### Questions sur la santé:

**1. Avez-vous souffert d'une longue maladie grave ces 5 dernières années?** ..... Oui Non

Si oui:

Quand? ..... Durée? ..... Type de maladie? ..... Médecin traitant? .....

**2. Avez-vous été victime d'un accident ou avez-vous subi une opération ces 5 dernières années?** ..... Oui Non

Si oui:

Quand? ..... Durée? ..... Type d'accident/d'opération? ..... Médecin traitant? .....

**3. Comment s'appelle votre médecin actuel de premier recours, y compris adresse complète?**

.....

**4. Avez-vous consulté votre médecin de premier recours ou d'autres médecins ces 3 dernières années?** ..... Oui Non

Si oui:

Quand? ..... Pour quelle raison? ..... Médecin traitant? .....

**5. Avez-vous dû interrompre votre travail (partiellement ou totalement) pendant plus de 1 mois ces 3 dernières années pour des raisons de santé?** ..... Oui Non

Si oui:

Quand? ..... Pour quelle raison? ..... Combien de temps? ..... A quel %? ..... Médecin traitant? .....

.....

.....

**Déclaration de santé, page 2**

**6. Vous considérez-vous actuellement en pleine santé et donc entièrement capable de travailler?** Oui    Non

.....

**7. Percevez-vous une rente AI?** Oui    Non

.....

si oui: quel est le degré AI ? (Prière de joindre la copie de la décision de l'AI)

.....

**Confirmation**

La personne assurée confirme avoir reçu le règlement sur la prévoyance de la Caisse de pension SHP en forme imprimé ou pdf ou par communication du site internet de la SHP. La personne assurée confirme avoir compris les questions ci-dessus et y avoir répondu correctement et intégralement. Elle autorise la Caisse de pension SHP à demander en cas de prévoyance (invalidité ou décès) à tout moment des renseignements correspondants aux médecins, aux hôpitaux, aux caisses maladie ou accident, aux institutions de prévoyance LPP, aux assurances sociales (AI féd., SUVA, autres assureurs accidents et maladie, etc.) et à d'autres institutions, et de consulter tous les dossiers.

Les personnes et les institutions en question sont libérées de l'obligation de secret vis-à-vis de la Caisse de pension SHP.

La Caisse de pension SHP est tenue quant à elle de garder le secret.

Lieu / Date: .....

Signature de la personne assurée: .....

---

**Prière de renvoyer directement dûment rempli et signé à :**

Pensionskasse SHP, Case postale, 8953 Dietikon 1