



FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE ASSURANCE RETRAITE COMPLEMENTAIRE

LE PROPOSANT

Souscripteur :

N° RC.....

Adresse :

Assuré :

N°C.I.N :

Profession :

Adresses :

Date de naissance :

Age terme : 60 ans 65 ans

Cotisation constante croissante

Fractionnement : Trimestriel Semestriel Annuel

Bénéficiaire en cas de vie.....

Bénéficiaire en cas de décès.....

Le souscripteur soussigné certifie que les réponses faites au présent formulaire de déclaration de Risque sont exactes et qu'il a répondu loyalement et avec précision aux questions posées et s'engage à déclarer les circonstances nouvelles intervenues en cours de contrat et rendant inexacts les déclarations figurant au présent formulaire

En conséquence, le présent formulaire doit en cas d'acceptation, être considéré comme base d'établissement du contrat. (ART 7 –Alinéa 2 du Code des Assurances)

La signature du présent questionnaire n'engage ni le proposant ni le souscripteur à souscrire cette assurance.

FAIT ALE

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR

Questionnaire de santé

1- Renseignements divers :

- Poids, taille Poids.....taille
- Fumez-vous ? Oui..... Non..... Si oui, quelle quantité journalière.....
- Avez-vous été réformé ? Oui..... Non..... Si oui, pour quel motif.....
- Quels sports pratiquez-vous ?
-

2- Êtes-vous actuellement

- En traitement ou sous surveillance médicale ?
Oui..... Non..... Si oui, Depuis quand.....Durée.....Motif.....
- En arrêt de travail pour raison de santé ?
Oui..... Non..... Si oui, Depuis quand.....Durée.....Motif.....
- Atteint d'une infirmité, maladie congénitale ou chronique ?
Oui..... Non..... Si oui, Depuis quand.....Durée.....Motif.....

3- Avez-vous ou devrez-vous

- Subir une intervention chirurgicale ?
Oui..... Non..... Si oui, Depuis quand.....Durée.....Motif.....
- Interrompre votre travail pour plus d'un mois pour une maladie ?
Oui..... Non..... Si oui, Depuis quand.....Durée.....Motif.....
- Séjourner dans un établissement hospitalier ?
Oui..... Non..... Si oui, Depuis quand.....Durée.....Motif.....

4- Avez-vous été traité par un professionnel de la santé pendant plus d'un mois pour l'un des problèmes de santé suivants :

- Cancer Oui.... Non..... Si oui, Depuis quand.....
- Cardiaque Oui..... Non..... Si oui, Depuis quand.....Durée.....
- Diabète Oui..... Non..... Si oui, Indiquer la nature des troubles.....
- Tension artérielles Oui..... Non..... Si oui, Indiquer la nature des troubles.....
- Reins Oui..... Non..... Si oui, Indiquer la nature des troubles.....
- Psychologique ou psychiques Oui..... Non..... Si oui, Indiquer la nature des troubles
- Maladies digestives, pulmonaires, neurologiques, sanguines
Oui..... Non..... Si oui, Indiquer la nature des troubles.....
- Autre à indiquer avec précisions