



FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE ASSURANCE SANTE

LE PROPOSANT

Nom et Prénom du

Souscripteur

N° C.I.N / RC

Adresse.....

Activité :

Etat des assurés

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Situation familiale	Nombre d'enfants à charge

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.....Durée.....

-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.....

BLRD