



# Questionnaire de Santé

Ce questionnaire est à renvoyer au service médical de la compagnie

## **Remarque**

Le présent questionnaire sert à l'acceptation du contrat. Il est donc de plus haute importance, pour éviter toute contestation future, que la personne à assurer réponde clairement et lisiblement à toutes les questions. L'assuré est responsable de l'exactitude des réponses, même si celles-ci sont écrites par une tierce personne.

## **IDENTITE**

Nom :

Prénom :

Lieu et date de naissance (jj/mm/aa):

Rue :

N° :

boîte : /

Code postal :                      Commune :

Profession actuelle (description précise) :

Profession antérieure :

## **ANTECEDENTS**

Famille	Age si vivant	Age au décès	Etat de santé ou cause du décès	Dans votre famille, connaissez-vous des cas de diabète, épilepsie, hypertension, maladies nerveuses ou psychiques, suicide, maladies cardiaques ? Spécifiez
Père	ans	ans		
Mère	ans	ans		
	ans ans ans	ans ans ans		
	ans ans ans	ans ans ans		

## **RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

- Poids : **kg**      Taille : **cm**
- Votre variation de poids depuis 5 ans :    + **kg**                      - **kg**  
Cause :
- Votre tension artérielle habituelle :
- Votre consommation journalière de :  
Bière : **verre(s)**                      Vin : **verre(s)**                      Alcool : **verre(s)**
- Etes-vous fumeur ?  **Oui**     **Non**  
Si oui, quelle est votre consommation journalière de tabac ?  
Avez-vous arrêté de fumer ?  **Oui**     **Non**  
Si oui, depuis combien de temps ?
- Consommez-vous, même occasionnellement, des drogues ?  **Oui**                       **Non**  
Si oui, lesquelles ?
- Avez-vous été refusé, ajourné ou accepté à des conditions spéciales pour une assurance vie, accident, invalidité ou hospitalisation ?  **Oui**     **Non**  
Si oui, pourquoi ?
- Pour les personnes de sexe **masculin** :  
Avez-vous été réformé du service militaire pour des raisons de santé ?  **Oui**                       **Non**  
Si oui, pourquoi ?  
Quand ? (jj/mm/aa)

<b>ETAT DE SANTE</b>				
1. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une ou de plusieurs affections ci-après ?				
	Oui	Non	Si oui, lesquelles ?	Quand ?
le système respiratoire, en particulier tuberculose, pleurésie, bronchite, asthme, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
le système digestif, le foie, la vésicule biliaire, ou le pancréas, en particulier ulcère gastrique, jaunisse, maladie de Crohn, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
le système circulatoire et le coeur, en particulier troubles de la tension artérielle, varices, hémorragie cérébrale, infarctus, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
les reins, les voies urinaires et le système génital, en particulier calculs, inflammations, prostatite, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
le système nerveux, en particulier épilepsie, paralysies, sclérose en plaques, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
les yeux, les oreilles, le nez ou la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
la peau, en particulier psoriasis, eczéma, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d'origine métabolique, en particulier la thyroïde, goutte, diabète, hypercholestérolémie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
le sang, les glandes lymphatiques et la rate, en particulier anémie, leucémie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
les os les articulations ou les muscles, en particulier rhumatisme articulaire, infections, arthrose, lumbago, hernie discale, sciatique, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d'origine psychique, en particulier dépression, surmenage, anxiété, tentative de suicide, psychose, névrose, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d'origine infectieuse, en particulier la malaria, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'autres affections ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, lesquelles ? Quand ?				

<p>Pour les personnes de sexe <b>féminin</b> :</p> <p>Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, de combien de mois ?</p> <p>Eventuelles complications :</p> <p>Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection gynécologique ou une affection des seins ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, laquelle ? Quand ?</p>
---

<b>TRAITEMENTS</b>	Oui	Non	Pourquoi ?	(Depuis) Quand ?
Prenez-vous des médicaments, spontanément ou sur prescription médicale ? Lesquels ? Combien ? /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous pris les 5 dernières années des médicaments ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous consulté un médecin généraliste ou un spécialiste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous déjà subi une radio ou chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous été victime d'un accident ? (description précise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

TRAITEMENTS	Oui	Non	Pourquoi ?	(Depuis) Quand ?
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Devez-vous être hospitalisé prochainement, subir une intervention chirurgicale ou suivre un traitement médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :	Oui	Non	Pourquoi ?	Quand ? (jj/mm/aa)	Résultat ?
un électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
une radiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
une analyse du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
un test pour le SIDA (H.I.V.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
un examen des urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
avez-vous été soumis à d'autres examens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nom et adresse de votre médecin traitant :					

INCAPACITE DE TRAVAIL	Oui	Non	Pourquoi ?	Quand ? (jj/mm/aa)
Vous trouvez-vous actuellement en incapacité de travail ? Totale - Partielle ? %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Etes-vous invalide ? Cause ? Degré ? % Depuis quand ? (jj/mm/aa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 4 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pour des raisons de santé, avez-vous dû changer de profession ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

Je déclare avoir pris acte des conséquences graves - nullité du contrat, donc refus de paiement des garanties assurées - que l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration par le preneur d'assurance ou l'assuré peut entraîner (art. 6 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre).

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Je m'engage à demander toutes les informations concernant mon état de santé nécessaires à la conclusion et à l'exécution du contrat à mes médecins traitants à communiquer en cas de décès au médecin-conseil de la compagnie un certificat établissant la cause de mon décès. **Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée**

Les personnes, dont des données à caractère personnel sont collectées ou enregistrées dans un ou plusieurs fichiers, sont informées que ces enregistrements et collectes ne se feront que dans la mesure où cela s'avère utile pour une gestion normale et rapide des dossiers. Le candidat-assuré donne son consentement spécial pour le traitement des données médicales le concernant. Toute personne justifiant de son identité, a le droit d'obtenir communication des données que le fichier contient à son sujet et peut obtenir sans frais la rectification ou la suppression de ces données en cas d'inexactitude.

Pour exercer ce droit la personne visée adresse une demande datée et signée à la Compagnie.

Je, soussigné, déclare avoir reçu un exemplaire des renseignements ci-dessus au sujet de mon état de santé.

(Signature de la personne à assurer précédée de la mention "**Lu et approuvé**")

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_