



CONVENTION D'ASSURANCE GROUPE

Questionnaire d'état de santé

NOM - PRÉNOM(S)

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE (J - M - A)

SEX M F

EMAIL

ORGANISATION

Questions posées par les assureurs

1. Quels sont votre poids et votre taille?
Avez-vous tendance à grossir?
2. Etes-vous atteint d'une infirmité?
(de naissance, par suite de maladie, d'accident)
Dans l'affirmative: laquelle?
Depuis quelle date?
3. Avez-vous déjà été indemnisé (pension, rente ou capital)
au titre d'une incapacité?
Dans l'affirmative, indiquez
 - à titre militaire?
 - à titre civil (accident du travail ou maladie professionnelle)?
 - par une Compagnie d'Assurances?
(dommage corporel)Quel est le taux d'invalidité accordé?
(Si supérieur à 20%, fournir photocopie de l'état descriptif
des infirmités ayant donné lieu à indemnisation)
4. Votre état de santé vous permet-il d'exercer actuelle-
ment votre activité professionnelle à temps complet?
5. Avez-vous jamais cessé votre travail pendant plus d'un
mois, pour cause de maladie ou d'accident?
Dans l'affirmative, indiquez
 - la cause de l'arrêt de travail;
 - la durée de l'arrêt de travail;
 - les dates exactes d'arrêt et de reprise du travail, si
celle-ci remonte à moins d'un an.
6. Avez-vous été atteint de maladies?
Dans l'affirmative, indiquez
 - lesquelles;
 - les dates;
 - les arrêts de travail éventuels;
 - les traitements prescrits;
 - les séquelles éventuelles.
7. Avez-vous déjà subi (ou devez-vous subir) des
interventions chirurgicales?
Dans l'affirmative, indiquez
 - la nature des interventions;
 - les dates;
 - les séquelles éventuelles.

Réponse de la personne à assurer

POIDS (KG)

TAILLE (CM)

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

Questions posées par les assureurs

- 8.** Avez-vous un médecin-traitant?
Dans l'affirmative, indiquez
- le consultez-vous régulièrement;
 - pour quelles raisons.
- 9.** Avez-vous déjà été hospitalisé (hôpital, clinique, sanatorium)?
Dans l'affirmative, indiquez
- le motif;
 - la durée;
 - la date de la fin du traitement hospitalier, s'il a cessé depuis moins d'un an.
- 10.** Quels sont les chiffres habituels de votre tension artérielle?
- 11.** Voyez-vous également bien de vos deux yeux?
Portez-vous des lunettes?
Pourquoi?
- 12.** Vos parents sont-ils vivants?
Dans l'affirmative, indiquez leur état de santé.
S'ils sont décédés, indiquez l'âge et la cause du décès.
- 13.** Avez-vous jamais été refusé, ou ajourné, ou accepté avec surprime ou moyennant exclusion de garantie par une Compagnie d'Assurance?
Dans l'affirmative, quand et pourquoi?
- 14.** Avez-vous déjà été exempté du service militaire ou ajourné, ou réformé?
Dans l'affirmative, indiquez
- à quelle époque;
 - pour quelles raisons.
- 15.** Pouvez-vous fournir des renseignements complémentaires susceptibles d'intéresser le médecin-conseil de l'Assureur?
Dans l'affirmative, donnez plus d'informations y relatives.

Réponse de la personne à assurer
 OUI NON

 OUI NON

 OUI NON

MIN.	MAX.
------	------

 OUI NON

 OUI NON

 OUI NON

 OUI NON

 OUI NON

 OUI NON

Je certifie que mes réponses aux questions susmentionnées sont, que je sache, correctes et complètes. Je prends acte de ce que la nullité de l'assurance ou la réduction de la somme assurée pourraient être appliquées en cas de sinistre s'il était prouvé que j'avais fait une fausse déclaration.

En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, le signataire donne par la présente son consentement spécifique et informé quant au traitement des données médicales concernant lui/elle-même et/ou les membres de sa famille (article 7 de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

FAIT À
LE

(Signature de la personne à assurer précédée des mots: 'Lu et approuvé' écrits de sa main.)