

15. Votre consommation en alcool et tabac Modérée Moyenne Excessive

16. Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité? Oui Non À quel titre, pour quelle cause et à quel taux ?

IV - Renseignements spéciaux

S'il s'agit d'un homme (obligations militaires) :

1. Avez-vous été affecté au service armé ? Oui Non
 Si non, avez-vous été : Ajourné Classé dans le service auxiliaire Réformé
 Quand et pour quelle cause ?

2. Touchez-vous une pension ? Oui Non Taux
 Motif exact de la pension

3. Avez-vous été blessé ou gazé ? Oui Non Nature de la blessure
 Epoque Durée d'hospitalisation

S'il s'agit d'une femme :

1. Avez-vous souffert d'une affection gynécologique ou des seins ? Oui Non Si oui, laquelle ?

2. Êtes-vous enceinte actuellement ? Oui Non Si oui, de quel mois ?
 La grossesse se déroule-t-elle normalement ? Oui Non

Je soussigné(e), certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire, pour servir de base à l'acceptation et l'établissement du contrat, sont complètes, exactes et sincères. Je reconnais avoir été averti que toute omission ou inexactitude dans les déclarations ou réponses faites peut entraîner l'application des Articles 30 et 31 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances

Fait à
 Le

Signature de la personne à assurer
 (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

QUESTIONNAIRE MÉDICAL SANS VISITE MÉDICALE

Déclarations de la personne à assurer

(Les questions posées doivent donner lieu à une réponse complète, précise et sincère)

Concerne proposition vie n°

I - Renseignements généraux

1. Êtes-vous déjà assuré sur la vie? Oui Non Si oui, depuis quand ?
 Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? Pour quelles sommes ? en DH

2. Une proposition d'assurance que vous auriez présentée à d'autres Compagnies a-t-elle été refusée, est-elle restée sans suite ou son acceptation a-t-elle été subordonnée à des conditions spéciales ? Oui Non Si oui, quand ?
 Par quelle Compagnie ? Pour quelles raisons ?

3. Êtes-vous actuellement en pourparlers avec une autre Compagnie ? Oui Non Si oui, laquelle ? Pour quelles sommes ?

4. Avez-vous déjà fait des séjours dans les pays tropicaux ? Oui Non Si oui, lesquels ?
 Pendant combien de temps ?
 Si non, envisagez-vous de vous y rendre? Oui Non Où ?
 Quand ? Durée de séjour prévue ?

5. Quels sports pratiquez-vous ?
 Participez-vous à des épreuves ou à des compétitions, telles que courses de vitesse de véhicules à moteurs (automobiles ou deux roues), manifestations aériennes ?
 Oui Non

6. Êtes-vous exposé à des risques spéciaux inhérents à l'exercice de votre activité professionnelle ? Oui Non Si oui, lesquels ?

II - Renseignements familiaux

1.		Âge	Vivants état de santé	Âge au décès	Décédés cause du décès
	Père				
	Mère				
	Frères				
	Sœurs				
	Conjoints				
	Enfants				

2. Y a-t-il dans votre famille des cas de suicide, tentative de suicide, tuberculose, cancer, troubles mentaux, épilepsies, diabète ou autres maladies héréditaires, décès par suite de maladie du cœur ou de troubles circulatoires avant l'âge de 65 ans ?

Oui Non

Commentaires

III - Renseignements personnels

- Vous considérez-vous actuellement en parfaite santé et jouissez-vous de votre pleine capacité de travail ? Oui Non
- Connaissez-vous votre tension artérielle ? Oui Non Si oui, quelle est-elle et à quelle date elle a été prise ?
- Êtes-vous atteint d'une infirmité telles que : cécité, surdité, amputation, malformation congénitale ? Oui Non Si oui, préciser laquelle ainsi qu'éventuellement le degré ?
- Souffrez-vous des suites d'une maladie ou d'un accident ? Oui Non Lesquelles ?
- Avez-vous consulté un médecin au cours des trois dernières années ? Oui Non Quand et pourquoi ?
- Avez-vous été gravement blessé ou empoisonné au cours des trois dernières années ? Oui Non Quand et suites ?
- Avez-vous déjà été en traitement dans un hôpital, une clinique ou un sanatorium, ou fait des cures dans des stations thermales ? Oui Non Raison ? Où ? Quand et durée ?
- A-t-on pratiqué sur vous des examens spéciaux (examen radiologique, analyse du sang, crachats, urine, ponction lombaire, sédimentation sanguine, électrocardiogramme, etc.) ? Oui Non Pour quelles maladies ? Résultats ?
- Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ou été traité au moyen de rayons ? Oui Non Quand ? Maladie ou accident ?
- Un médecin vous a-t-il recommandé une intervention chirurgicale qui n'a pas encore été exécutée ? Oui Non Laquelle ? Quand ?
- Suivez-vous un régime ou traitement ? Oui Non Lequel et pourquoi ?
- Avez-vous maigri ou pris du poids récemment ? Oui Non De combien ?
- Quels sont votre taille et votre poids ? Cm Kg

14 Avez-vous ou avez-vous eu des maladies ?

a) Infectieuses aiguës (scarlatine, diphtérie, fièvre, typhoïde, malaria, paludisme, angine grave, hépatite, méningite, etc.)

Oui Non

b) Des organes respiratoires ? (par exemple asthme, bronchite chronique, tuberculose, etc.)

Oui Non

c) Du cœur, des artères ou des veines, tension artérielle élevée, oppression ?

Oui Non

d) Des reins, des organes urinaires et sexuels, présence d'albumine ou du sucre dans les urines ?

Oui Non

e) Des organes digestifs (estomac, intestins, vésicule biliaire, foie) ?

Oui Non

f) Du système nerveux (par exemple faiblesse nerveuse, épilepsie, paralysie), troubles psychiques, dépression, vertige, maladies mentales ?

Oui Non

g) De la colonne vertébrale, des articulations, rhumatisme, sciatique ?

Oui Non

h) Des yeux ou des oreilles ?

Oui Non

i) Souffrez-vous d'une diminution de la vue ou de l'ouïe ?

Oui Non

j) Des glandes, tumeur ou enflure ?

Oui Non

k) Du métabolisme (diabète, goutte), du sang ?

Oui Non

l) Des maladies vénériennes ?

Oui Non

m) Des maladies de la peau ?

Oui Non

n) Des maladies non citées, par exemple hernie, goitre, tumeur, cancer etc... ?

Oui Non

o) Avez-vous subi un accident pendant les 5 dernières années ?

Oui Non

S'il a été répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus :

Laquelle (1)	Quand	Durée	Guérison sans suite	Médecin traitant ?	Adresse actuelle ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>