

4. Au cours des dix dernières années, avez-vous été hospitalisé pour maladie ou accident ou pour subir une intervention chirurgicale ou un examen spécifique (en dehors des végétations, appendicite aiguë ou IVG). Si oui, précisez.	_____	À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ Nature et résultats, en cas d'examens spécifiques _____ Durée ? _____																								
5. Avez-vous fait l'objet d'examens paracliniques au cours des dix dernières années (tests en laboratoires, examens spécifiques ou autres investigations) ayant révélé des anomalies ? Si oui, précisez.	_____	Lesquels ? _____ À quelle date ? _____																								
6. Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ?	_____	À quelle date ? _____ Lequel ? _____																								
7. Avez-vous été traité par radiothérapie ou chimiothérapie ?	_____	À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____																								
8. A votre connaissance devez-vous être hospitalisé ou vous soumettre à des examens complémentaires ? Si oui, précisez la nature, le motif et la date.	_____	À quelle date ? _____ Pour quel motif ? _____ _____ _____																								
9. Votre poids a-t-il varié de plus de 14 kg au cours des deux dernières années ? (le cas échéant, précisez la cause possible)	_____	_____																								
10. En fonction de votre taille, votre poids est-il en dehors des limites indiquées dans le tableau ci-dessous ?	_____	Si oui, taille _____ cm Poids _____ kg Pression artérielle si connue _____ / _____																								
<table border="1"> <tr> <td>Taille en centimètres</td> <td>140 à 150</td> <td>151 à 155</td> <td>156 à 160</td> <td>161 à 165</td> <td>166 à 170</td> <td>171 à 175</td> <td>176 à 180</td> <td>181 à 185</td> <td>186 à 189</td> <td>190 à 195</td> <td>+ de 196</td> </tr> <tr> <td>Poids en kg</td> <td>35 à 60</td> <td>40 à 65</td> <td>42 à 70</td> <td>45 à 75</td> <td>50 à 80</td> <td>55 à 85</td> <td>60 à 90</td> <td>63 à 95</td> <td>65 à 100</td> <td>70 à 110</td> <td>75 à 120</td> </tr> </table>			Taille en centimètres	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 189	190 à 195	+ de 196	Poids en kg	35 à 60	40 à 65	42 à 70	45 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120
Taille en centimètres	140 à 150	151 à 155	156 à 160	161 à 165	166 à 170	171 à 175	176 à 180	181 à 185	186 à 189	190 à 195	+ de 196															
Poids en kg	35 à 60	40 à 65	42 à 70	45 à 75	50 à 80	55 à 85	60 à 90	63 à 95	65 à 100	70 à 110	75 à 120															
11. Avez-vous rempli une proposition d'assurance pour des risques de décès ou d'invalidité ayant donné lieu à un refus, ajournement, restriction, ou majoration ?	_____	En cas de réponse positive, quelle décision a été prise ? _____ Pour quel motif ? _____ Nom de l'Assureur ? _____ Montant assuré ? _____ Date d'effet : _____ Terme : _____ Si majoration, à quel taux ? _____ % Si réduction de durée, de combien d'années ? _____																								

Déclarations

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'Assureur sur le risque à assurer. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L 113-8 du Code des assurances).

Je déclare faire miennes toutes ces réponses, qu'elles aient été renseignées par moi-même ou remplies sur la base de mes propres déclarations.

Si ces réponses ont été adressées ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou avoir autorisé expressément et sans contrainte la personne ayant effectué cette saisie.

Dans le cadre des formalités d'adhésion, je m'engage à communiquer au Médecin Conseil de l'assureur, toutes les informations d'ordre médical provenant des Médecins que j'ai consultés, dont il pourrait avoir besoin.

J'autorise l'Assureur à transmettre les données médicales me concernant au service médical de tout tiers dont l'intervention est nécessaire pour l'application de l'assurance et notamment les réassureurs.

Je déclare être pleinement informé que j'ai la possibilité de transmettre le questionnaire de santé sous pli fermé dans l'enveloppe qui m'a été remise, au Médecin conseil du service médicale de l'Assureur. Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément et sans contrainte.

Ce questionnaire de santé est valable 6 mois à compter de la date de signature du présent document.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature de la personne à assurer :