

Questions obligatoires à la personne à assurer. Les réponses que vous ne voulez pas donner ici ou que vous avez communiquées à l'intermédiaire et qui n'ont pas été notées ici sont à envoyer par lettre recommandée à l'assureur dans un délai d'une semaine. Sinon, l'assureur n'est pas informé des réponses communiquées à l'intermédiaire mais n'ayant pas été notées ici.

Preneur d'assurance:

Personne assurée:

N° de police:

% cm kg

Profession Profession Activité exercée Taux d'occupation Votre taille Votre poids

1. Existe-t-il déjà des assurances-vie, assurances professionnelles ou incapacité de gain auprès d'autres compagnies ou de telles assurances ont-elles été demandées simultanément? Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie, le type et le montant de l'assurance ainsi que la date de la proposition.

Oui non

2. D'autres compagnies ont-elles accepté à des conditions aggravées (p. ex. supplément de prime, échelonnement ou clause restrictive), différé ou refusé des propositions d'assurance-vie, d'assurance professionnelle ou incapacité de gain? Si oui, veuillez indiquer le nom de la compagnie, la date de la proposition ainsi que le type de conditions aggravées.

Oui non

3. Etes-vous exposé(e) à des dangers particuliers dans le cadre de votre profession ou de vos loisirs? (p.ex. contact avec des substances dangereuses, séjour de longue durée dans des pays hors d'Europe, pratique de sports dangereux tels que vol à moteur, vol à voile ou deltaplane, parachutisme, plongée, sports de montagne, sports de combat, sports automobiles ou participation à des courses) ou pratiquez-vous d'autres sports régulièrement ou dans le cadre de compétitions? Si oui, veuillez préciser (le cas échéant utiliser le questionnaire séparé)

Oui non

La liste des maladies ou troubles fonctionnels indiqués entre parenthèses ne prétend pas être exhaustive. Il s'agit uniquement d'exemples de maladies possibles pour les différents organes.

4. Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des dix dernières années de maladies, affections ou troubles fonctionnels du coeur ou du système cardiovasculaire (p. ex. hypertension, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral), du cerveau (p.ex. migraine), du sang (p.ex. troubles de la coagulation), de l'appareil respiratoire (p.ex. asthme), de l'ouïe, de la vue (p.ex. amétropie), du larynx, de la thyroïde, du pancréas, de la rate, du foie (p.ex. hépatite), des reins, des organes urinaires et génitaux, de la prostate, de l'oesophage, de l'estomac, des intestins (p.ex. maladie de Crohn, colite ulcéreuse), du système nerveux ou de maladies psychiques (p.ex. affections neurologiques, sclérose en plaques, dépressions), de l'appareil de soutien et de l'appareil moteur (colonne vertébrale, disques intervertébraux, os, muscles, tendons, articulations), de la peau (p.ex. névrodermite) ou a-t-on diagnostiqué chez vous des tumeurs (p.ex. cancer), du diabète, d'allergies, de rhumatismes (p.ex. arthrite chronique), de la goutte, d'intoxications, de maladies infectieuses ou de taux excessifs de graisse dans le sang (p.ex. cholestérol) ou de taux hépatiques excessifs? Si vous avez répondu «oui» à cette question, veuillez préciser. (Veuillez utiliser une feuille séparée le cas échéant)

Oui non

Nature de la maladie, des troubles ou souffrances	Période	Guéris sans séquelles? Oui/Non	Médecins traitants / hôpitaux? Nom et adresse?

5. Souffrez-vous de maladies chroniques ou de handicaps physiques/mentaux (p.ex. infirmités congénitales, malformations, séquelles d'opérations, d'infections ou, d'accidents, amputations)? Si oui, veuillez préciser.

Oui non

6. Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement ou fréquemment des médicaments, somnifères ou tranquillisants au cours des dix dernières années? Si oui, lesquels, quelles quantités et à quelle période?

Oui non

7. Avez-vous, au cours des dix dernières années, subi des opérations, effectué des séjours hospitaliers ou de cure ou de telles opérations ou séjours sont-ils prévus ou recommandés? Si oui, quand et pour quel motif?

Oui non

8. Percevez-vous ou avez-vous perçu une rente pour incapacité de travail/de gain ou suite à un accident ou une telle rente a-t-elle été demandée? Si oui, veuillez préciser (p.ex. motif et degré d'incapacité).

Oui non

9. Avez-vous, au cours des dix dernières années, suivi des traitements ou effectué des consultations pour la consommation de stupéfiants (p. ex. alcool) ou de substances psychotropes et/ou drogues? Si oui, pourquoi et à quelle période? Quoi exactement et quelles quantités par jour?

Oui non

10. Fumez-vous ou avez-vous fumé des cigarettes, cigares ou similaires au cours des dix dernières années? Si oui, quoi exactement et quelles quantités par jour?

Oui non

11. Une infection par le VIH (test SIDA positif) a-t-elle été constatée? Quel médecin, thérapeute, praticien (p.ex. praticien de médecines parallèles) connaît le mieux votre état de santé? Veuillez indiquer le nom et l'adresse.

Oui non

Lieu, Date

Signature du demandeur/de la demandeuse

Signature de la personne à assurer
(si celui-ci est distinct du proposant)