

QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION DU RISQUE

Afin de permettre à l'assureur d'apprécier les risques qu'il prend à sa charge, vous devez répondre exactement aux questions posées ci-dessous. Les réponses doivent être claires, précises, écrites lisiblement en toutes lettres. Il doit être répondu à toutes les questions. Si vous n'avez pas la place de répondre, joignez une annexe sur papier libre. L'importance des garanties ou les réponses au questionnaire de santé peuvent entraîner des formalités médicales pour l'acceptation de l'assurance.

Nom et prénom Taille Poids

<p>1 Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Depuis quelle date ? _____ Pourquoi ? _____</p>	<p>10 Ces 5 dernières années, une analyse de sang a-t-elle révélé un résultat anormal (diabète, cholestérol, séropositivité, hépatite, etc)? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez _____</p>
<p>2 Suivez-vous un traitement médical ou un régime alimentaire? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Depuis quelle date ? _____ Lequel ? _____</p>	<p>11 Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Depuis quelle date ? _____ Pour quel motifs médicaux ? _____ A quel taux ? _____</p>
<p>3 Suivez-vous un traitement pour l'hypertension ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Depuis quelle date ? _____ Traitement prescrit ? _____</p>	<p>12 Avez-vous consulté un médecin au cours des 6 derniers mois? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pour quels motifs ? _____ A quelles dates ? _____ Suites ? _____</p>
<p>4 Avez-vous eu un arrêt de travail de plus de 3 semaines au cours des 10 dernières années? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> A quelles dates ? _____ Durée totale des arrêts ? _____ Pourquoi ? _____</p>	<p>13 Etes-vous atteint d'une maladie chronique, d'une infirmité ou avez-vous des séquelles d'un accident? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nature ? _____ Depuis quelle date ? _____</p>
<p>5 Avez-vous présenté une ou plusieurs maladies au cours des 10 dernières années? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lesquelles ? _____ A quelles dates ? _____ Suites ? _____</p>	<p>14 Avez-vous autre chose à déclarer sur votre état de santé? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez _____</p>
<p>6 Avez-vous subi des opérations chirurgicales au cours des 20 dernières années ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lesquelles ? _____ A quelles dates ? _____ Suites ? _____</p>	<p>15 Pour les femmes : - avez-vous eu une grossesse nécessitant une surveillance particulière ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> A quelle date ? _____ Pour quelle cause ? _____ - êtes-vous enceinte ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> De combien de mois ? _____</p>
<p>7 Vous a-t-on prescrit dans les 6 derniers mois des examens médicaux, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lesquels ? _____</p>	<p>16 Pour les hommes : - Avez-vous fait votre service national ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> exempté <input type="checkbox"/> réformé <input type="checkbox"/> ajourné Si réformé: motif _____</p>
<p>8 Avez-vous suivi un ou plusieurs traitements médicaux d'au moins 3 semaines au cours des 10 dernières années ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lesquels ? _____ A quelles dates ? _____ Pour quelles affections ? _____</p>	<p>17 Fumez-vous ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Quantité journalière : _____</p>
<p>9 Avez-vous séjourné en hôpital, clinique, en maison de santé, au cours des 10 dernières années ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lieu ? _____ A quelles dates ? _____ Durée ? _____ Pour quelles causes ? _____</p>	<p>18 Pratiquez-vous des sports à risques ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (tels qu'ULM, parapente, saut à l'élastique...) Lesquels ? _____ Fréquence ? _____</p>
	<p>19 Avez-vous eu des propositions d'assurances <input type="checkbox"/> refusées <input type="checkbox"/> ajournées <input type="checkbox"/> supprimées Dates ? _____ Pourquoi ? _____</p>

Je joins à ce formulaire feuille(s) annexe(s)

Fait à le

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"