

PERSONNES A ASSURER

NOM			
PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			
SEXE	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE DE SANTE – REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS (ASSURANCE PREMIER EURO OR ET ARGENT, HOSPITALISATION & COMPLEMENTAIRE CONFORT ET LUXE)

Des informations médicales délicates devront être traitées afin de fournir une couverture. Veuillez obtenir le consentement des éventuelles autres personnes nommées avant de divulguer celles-ci. Si vous jugez que les informations relatives à votre état de santé ou celui d'une autre personne à assurer doivent rester confidentielles, adressez-les sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil. **Si vous n'avez pas assez de place pour répondre aux questions, merci d'utiliser un pli séparé.**

1	Taille PoidsMKgMKgMKgMKg
2	Pression artérielle Systolique / Diastolique (OBLIGATOIRE) / cmHg / cmHg / cmHg / cmHg
3	Fumez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4	Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5	Avez-vous eu des consultations, actes d'investigation médicale ou un traitement médical pendant les derniers 6 mois ou en envisagez-vous ? Si oui, fournir des détails complets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
6	Avez-vous été ou êtes-vous en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
7	Avez-vous été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale ? Si oui, date et nature	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
8	Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? Si oui, date et motif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
9	Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement médical (médicaments, kinésithérapie, psychothérapie, appareillage....) ? Si oui, lequel ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
10	Etes-vous atteint d'une affection chronique ou de longue durée ? Si oui, laquelle ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
11	Avez-vous des séquelles d'accident, de maladie et/ou d'infirmité ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
12	Envisagez-vous des prothèses dentaires, implants dentaires ou de l'orthodontie dans les 12 prochains mois ? (Or, Argent, Confort & Luxe)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, joindre un devis
13	Etes-vous enceinte ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

AVERTISSEMENT : Vous êtes conseillé de remplir cette demande d'adhésion vous-même. Si cela n'est pas possible, vous ne devriez pas signer la demande d'adhésion sans l'avoir lue et sans avoir vérifié que les réponses données aux questions sont exactes et complètes. Vous devriez également indiquer qui a complété la demande d'adhésion de votre part :

Fait àle
SIGNATURE précédée par la mention 'LU ET APPROUVE'