|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Répondre par oui ou par non aux questions suivantes** | **ASSURE** | **CONJOINT** | **ENFANT** | **ENFANT** | **ENFANT** |
| **1/\* NOM ET PRENOM** |  |  |  |  |  |
| 2/\* Taille/Poids |  |  |  |  |  |
| 3/\* Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?  \* Depuis quelle date ?  \* Pour quels motifs ? |  |  |  |  |  |
| 4/\* Suivez-vous actuellement un traitement médical ou un régime ?  \* Lequel ?  \* Pour quels motifs ?  \* Depuis quelle date ? |  |  |  |  |  |
| 5/\* Etes-vous atteint d’une infirmité, d’une invalidité ou d’une maladie chronique ?  \* Laquelle ?  \* Depuis quelle date ? |  |  |  |  |  |
| 6/\* Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?  \* Date prévue ?  \* Pour quels motifs ? |  |  |  |  |  |
| 7/\* Au cours des 3 dernières années  \* Avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?  \* A quelle date ?  \* Pour quels motifs ?  \* Durée totale des arrêts de travail ? |  |  |  |  |  |
| 8/\* Avez-vous suivi un traitement médical ou un régime ?  \* Lequel ?  \* Pour quels motifs ?  \* A quelle date ?  \* Pendant quelle durée |  |  |  |  |  |
| 9/\* Avez-vous subi des examens biologiques ?  \* A quelles dates ?  \* Pour quels motifs ? |  |  |  |  |  |
| 10/\* Avez-vous subi un test HIV ?  \* Si oui à quelles dates ?  \* Le test a-t-il été négatif ? |  |  |  |  |  |
| 11/\* Avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier ?  \* A quelles dates ?  \* Pour quels motifs ?  \* Pendant quelle durée |  |  |  |  |  |
| **Souffrez-vous ou avez-vous été atteint de** :  12/\* Maladies de l’appareil respiratoire ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 13/\* Maladies de l’appareil cardio-vasculaire ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 14/\* Maladies de l’appareil digestif ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 15/\* Maladies de l’appareil urinaire et génital ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 16/\* Maladies du système nerveux ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 17/\* Maladies neuro-psychiques ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 18/\* Maladies musculaires et neuro-musculaires ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 19/\* Maladies du sang, des ganglions, ou de la rate ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 20/\* Maladies endocriniennes ou métaboliques ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 21/\* Maladies des os et des articulations ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 22/\* Maladies de la peau ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 23/\* Maladies infectieuses sévères ou compliquées ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 24/\* Maladies parasitaires ou mycoses ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 25/\* Maladies des organes des sens ou troubles auditifs ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ? |  |  |  |  |  |
| 26/\* Maladies des yeux ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ?  \* Portez-vous des lunettes ?  \* Depuis quand ? |  |  |  |  |  |
| 27/\* Maladies dentaires ?  \* Depuis quelle date ?  \* De quelle nature ?  \* Portez-vous une prothèse dentaire ? |  |  |  |  |  |
| 28/\* **Pour les femmes** :  \* Etes-vous en état de grossesse ?  \* Nombre de mois ?  \* Nombre d’enfants ?  \* Accouchement normal ou césarienne ? |  |  |  |  |  |
| 29/\* **Contrat antérieur** :  \* Avez-vous déjà été assuré en prévoyance santé ?  \* Depuis quand ?  \* A quelle Compagnie ? |  |  |  |  |  |
| 30/\* Le contrat a-t-il été résilié ?  \* Quand ?  \* Motif de la résiliation ou du changement ? |  |  |  |  |  |
| 31/\* **Pour les hommes :**  \* Avez-vous d’autres épouses ? |  |  |  |  |  |
| 32/\* Autres maladies à déclarer ? |  |  |  |  |  |

**Répondre par oui ou par non aux questions suivantes**

**Répondre par oui ou par non aux questions suivantes**