

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Décès Emprunteur

Code Agence :	
Adresse :	
Tél :	Fax :

PROPOSANT

<input type="checkbox"/> M, <input type="checkbox"/> Mme, <input type="checkbox"/> Mlle, Nom et Prénom :	Nom de jeune fille :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	Profession :

CONSTITUTION

a) Taille.....cm (résultat de la mensuration)	b) Poids.....kg (résultat de la pesée)
---	--

Montant Assuré :	Durée de l'assurance :
------------------	------------------------

Chaque question nécessite obligatoirement une réponse OUI ou NON : cocher la réponse adéquate. Pour toute réponse OUI, le proposant est invité à apporter des précisions complémentaires.

		OUI	NON	
1	Y a-t-il dans votre famille (Ascendante et collatérale) un antécédent de maladie cardiaque, vasculaire, neurologique, psychiatrique, de cancer, de diabète, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
2	Suivez-vous actuellement un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s) quel(s) - Depuis quand et pourquoi ?
3	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie de l'appareil digestif, cardio-vasculaire, respiratoire, du système nerveux, de l'appareil génito-urinaire, l'Hépatite, VIH, d'une maladie endocrinienne ou métabolique, neuropsychique, des os et des articulations ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
4	Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type de Tabac + Quantités journalières :
5	Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand - motif - taux d'invalidité (préciser à titre civil ou militaire).
	Une procédure de mise en invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Etes-vous actuellement en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand - motif - date de reprise prévisible ?
	Durant les 3 dernières années avez-vous dû interrompre votre travail pendant plus de 1 mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand - durée de chaque arrêt - motif ?
7	Etes-vous atteint d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	laquelle ? depuis quelles dates ?
8	Est-ce qu'un ECG, un test de laboratoire, ou d'autres investigations médicales vous ont été faites qui se soient révélés anormaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels (+date)
9	une ou plusieurs propositions d'assurance reposant sur votre tête ont-elles été refusées, acceptées avec surprime ou acceptées avec exclusion (s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	décision et date (s) : motifs :

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la Société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

Fait à Alger, le

Signature du proposant

Précédée de la mention "lu et approuvé"