

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
PRÉNOM	NOM
DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE PROPOSITION
PRIME ANNUELLE DE LA GARANTIE	

PERSONNES ASSURÉES (SECTION A)				
Nom et prénoms à la naissance	Date de naissance	Occupation	Taille	Poids

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (SECTION B)						
Depuis la date de la proposition initiale :	Assuré 1		Assuré 2		Assuré 3	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Avez-vous eu connaissance d'un signe quelconque d'états pathologiques ci-après ou reçu des soins à leur sujet ?						
a) cardiopathie, apoplexie cérébrale, douleur de poitrine, tumeur ou cancer ?	<input type="checkbox"/>					
b) troubles rénaux, hypertension artérielle, maladie nerveuse ou mentale ?	<input type="checkbox"/>					
c) SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise), ou toute autre forme de trouble du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>					
d) affection de la peau ou des ganglions lymphatiques, diarrhée chronique ou infections inexplicables ?	<input type="checkbox"/>					
2. Avez-vous subi une variation de poids de plus de 10% depuis un an ?	<input type="checkbox"/>					
3. Avez-vous été patient dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement médical ?	<input type="checkbox"/>					
4. Prévoyez-vous ou vous a-t-on conseillé de consulter un médecin, subir des tests ou une opération ?	<input type="checkbox"/>					
5. Avez-vous fait usage de drogues ou de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>					
6. Avez-vous consulté ou été traité relativement à l'usage de drogue ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>					
7. Avez-vous fait l'objet d'une suspension de votre permis de conduire ?	<input type="checkbox"/>					
8. Avez-vous une proposition à l'étude ou vous a-t-on refusé, supprimé, ou remis à plus tard une proposition d'assurance vie, maladie ou une demande de remise en vigueur ?	<input type="checkbox"/>					

