

# QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE DÉCÈS TOUTES CAUSES



a) NOM et Prénom (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) : \_\_\_\_\_  
 b) Date de naissance / / Profession actuelle et antérieure : \_\_\_\_\_

NON OUI Si OUI, merci de préciser impérativement :

a / Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, surprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ?  
 Au près de quelle(s) Compagnie(s) ? \_\_\_\_\_  
 Date : / / Décision : \_\_\_\_\_  
 Motif de la restriction : \_\_\_\_\_

b / Êtes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective)  
 Au près de quelle(s) Compagnie(s) ? \_\_\_\_\_  
 Total des montants en cours assurés : \_\_\_\_\_ €  
 Date de souscription : / /

a / Sports pratiqués ? (y compris aviation)  
 Lesquels ? \_\_\_\_\_  
 b / Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe (UE, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ?  
 But :  professionnel  tourisme, loisirs  
 Où (pays, villes) ? \_\_\_\_\_  
 Fréquence :  régulière  occasionnelle  
 Quand :  au cours des 12 prochains mois  futur

Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ?  
 Cigarettes  Cigares  Pipes  
 Date d'arrêt éventuel : / /  
 Motif : \_\_\_\_\_

Veillez nous indiquer votre taille et votre poids : Taille \_\_\_\_\_ cm Poids \_\_\_\_\_ kg

Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?  
 Total  Partiel Depuis : \_\_\_\_\_  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ?  
 Quand ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_  
 Pourquoi ? \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ?  
 Pour quelle affection ? \_\_\_\_\_  
 Depuis quand ? \_\_\_\_\_ Taux : \_\_\_\_\_ %

Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?  
 Médicaments / Soins : \_\_\_\_\_  
 Pour quels motifs ? \_\_\_\_\_

Au cours des 5 dernières années, avez-vous été traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ?  
 Pour quels motifs ? \_\_\_\_\_  
 Date : / /

Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion ?  
 Pour quels motifs ? \_\_\_\_\_  
 Date : / /

Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, VHB, VHC (hépatites), VIH ? (Joindre le résultat des examens anormaux)  
 Nature de(s) l'examen(s) : \_\_\_\_\_  
 Date(s) : \_\_\_\_\_  
 Résultats : \_\_\_\_\_

Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et/ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ? (Joindre le résultat des examens anormaux)  
 Lesquels ? \_\_\_\_\_  
 Date(s) : \_\_\_\_\_  
 Résultats : \_\_\_\_\_

Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, varices, dents de sagesse) ? (Joindre une copie des comptes rendus opératoires)  
 Quand ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_  
 Pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ?  
 Quand ? \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_  
 Pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Au cours des 10 dernières années, êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit ? (hormis affections saisonnières)  
 Laquelle ? \_\_\_\_\_  
 Dates ? \_\_\_\_\_  
 Séquelles ? \_\_\_\_\_

Déclaration du Proposant

**J'autorise les médecins et/ou autres personnes concernées à donner confidentiellement aux assureurs les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.**

**Je déclare que les déclarations ci-dessus sont exactes, complètes et sincères. En cas de modification de ces informations entre ce jour et la date de prise d'effet du contrat, je m'engage à en informer les assureurs, qui se réservent alors le droit de modifier leur offre. Les dites informations font partie intégrante du contrat.**

**Conformément aux articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, si cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour les assureurs, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature du proposant \_\_\_\_\_

