

Proposition n° : Preneur du contrat :

Personne à assurer
(nom, prénom) :

Date de naissance :

Etat civil :

Nationalité :

1. a) Etes-vous actuellement entièrement apte au travail ?

oui non

Si non, veuillez indiquer le degré d'incapacité en %

1. b) Fumez-vous ou avez-vous fumé ?

oui non

Si oui, quoi ?

Combien par jour ?

Quand avez-vous arrêté ?

1. c) Taille en cm :

Poids en kg :

2. a) Avez-vous dû interrompre votre activité professionnelle pour des raisons médicales pendant plus de 4 semaines au cours des 5 dernières années ?

oui non

2. b) Etes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle médical ?

oui non

2. c) Etes-vous au bénéfice d'une rente AI ou autre (LAA, LPP, assurance militaire, etc) ?

oui non

Si oui laquelle ?

Depuis quand ?

2. d) Vous êtes-vous soumis à un test de dépistage du SIDA ?

oui non

Si la réponse est oui, veuillez indiquer le résultat :

séropositif

séronégatif

3. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections :

3. a) du système respiratoire : asthme, bronchite chronique, pneumonie, tuberculose, etc ?

oui non

3. b) du coeur ou des vaisseaux sanguins : infarctus du myocarde, angine de poitrine, pression artérielle élevée (hypertension), attaque cérébrale, malformation cardiaque, palpitations, varices, hémorroïdes, etc. ?

oui non

3. c) du système nerveux ou du psychisme : dépression nerveuse, surmenage, épilepsie, vertiges, insomnies, maux de tête, etc. ?

oui non

3. d) du système digestif : ulcères de l'estomac ou des intestins, troubles du foie ou du pancréas, jaunisse, calculs biliaires, etc. ?

oui non

3. e) du système urinaire ou génital : maladies des reins, de la vessie, de la prostate, affections gynécologiques, affections des seins, calculs, présence de sang ou albumine dans les urines, etc. ?

oui non

3. f) des yeux, du nez, de la gorge ou des oreilles ? (en cas de diminution de votre acuité visuelle ou auditive ne répondez par oui que si la diminution n'est pas entièrement corrigée par des verres ou un appareil auditif)

oui non

3. g) des os, des articulations, des muscles, des nerfs, affection de la colonne vertébrale, hernie discale, affections des hanches, arthrose, lumbago, sciatique, rhumatismes, douleurs dans le dos, etc. ?

oui non

3. h) infectieuses ou tropicales : hépatite, sida, méningite, malaria, etc. ?

oui non

3. i) non citées plus haut : du métabolisme (par ex. diabète, goutte), de la thyroïde, du sang (par ex. anémie, leucémie), hernie, kyste, tumeur, cancer, maladies des ganglions, maladies de la peau, infirmité, paralysie, ankylose, difformité, atrophie musculaire, mutilation, etc. ?

oui non

4. a) Avez-vous subi une ou plusieurs opérations ? oui non
4. b) Avez-vous eu un ou plusieurs accidents au cours des 5 dernières années ? oui non
4. c) Avez-vous été traité par un psychiatre ou un psychologue ? oui non
4. d) Avez-vous été traité par un chiropraticien ? oui non
4. e) Avez-vous été soigné dans un hôpital, une clinique ou un établissement thermal ? oui non
4. f) Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants (drogues) ? Si oui, indiquer quoi et quand pour la dernière fois sous point 7. oui non
4. g) Une assurance a-t-elle émis des réserves, surprimes ou un refus pour des raisons de santé ? Si oui, indiquer la raison sous point 7. oui non

5. Pour les personnes de sexe féminin, êtes-vous enceinte oui non

Si oui depuis quand ?

6. Pratique des sports motorisés, compétitions de motocyclette, d'automobile, des sports tels que la plongée subaquatique, l'alpinisme, l'ULM, le vol à voile, le deltaplane, le parapente, le parachutisme, ou un autre sport présentant un risque particulier ? oui non

Souligner ce qui convient ou préciser :

7. Si vous avez répondu OUI à l'une des questions (sauf question No 1), veuillez préciser :

Chiffre + lettre	Maladies - Opérations - Accidents - Infirmités (veuillez répondre en détail)	Quand ?	Durée ?	Suites ?	Médecin, Hôpital avec adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Nom, prénom et adresse du médecin qui est le mieux renseigné sur votre état de santé :

9. La personne à assurer peut remplir elle-même la déclaration et la remettre sous pli fermé au représentant de la CCAP ou l'adresser au médecin-conseil à titre personnel.

La présente déclaration fait partie intégrante de la proposition. La personne à assurer déclare avoir répondu aux questions ci-dessus de manière complète et véridique et n'avoir dissimulé aucun fait de nature à renseigner sur son état de santé. Elle sait qu'une indication inexacte ou incomplète autorise la CCAP à refuser les prestations d'assurance et à se départir du contrat conformément à l'article 6 de la loi sur le contrat d'assurance (LCA).

La personne à assurer délègue du secret professionnel les hôpitaux, médecins, autorités, sociétés ou institutions d'assurance et les autorise à fournir à la CCAP tous les renseignements demandés en relation avec l'assurance proposée.

10. Lieu et date :

Signature de la personne à assurer :

11. Réserve à la CCAP : Normal Autre :

Service médical date et visa	Médecin conseil
---------------------------------	-----------------
