

N° de Police

ATTENTION : CES DÉCLARATIONS VOUS ENGAGENT !

Nous vous remercions de compléter ce document attentivement pour permettre une acceptation plus rapide de votre dossier. Merci de répondre lisiblement et avec la plus grande exactitude à toutes les questions posées, et de compléter impérativement la partie droite lorsqu'une précision est souhaitée.

1 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 :

2 a) Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, supprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ? NON OUI auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? _____
date : _____ décision : _____
motif de la restriction : _____
b) Êtes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? NON OUI auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? _____
total des capitaux assurés : _____ date de souscription : _____

3 a) Sports pratiqués (y compris aviation) : NON OUI lesquels ? _____
(voir les questionnaires à compléter)
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 ? NON OUI but : professionnel tourisme, loisirs
où (pays, villes) ? _____
fréquence : régulière occasionnelle
quand : au cours des 12 prochains mois futur

4 a) Consommez-vous des boissons alcoolisées (quantité par jour) ? NON OUI vin ____ cl bière ____ cl apéritif ____ cl alcool ____ cl
b) Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ? NON OUI cigarettes _____ cigares _____ pipes _____
date d'arrêt éventuel : _____ motif : _____
c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? NON OUI lesquels ? _____ jusqu'à quand ? _____

5 Pour les personnes de **sexe féminin** :
a) Grossesses antérieures ? NON OUI combien ? _____
complications éventuelles : _____
b) Êtes-vous enceinte ? NON OUI de combien de mois ? _____
complications éventuelles : _____
c) Prenez-vous des anticonceptionnels ? NON OUI lesquels ? _____
d) Avez-vous effectué une mammographie au cours des cinq dernières années ? NON OUI date : _____ résultat : _____

6 a) Veuillez-nous indiquer votre taille et poids : Taille cm Poids kg
b) Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ? NON OUI combien de kg :
c) Cette perte de poids est-elle intentionnelle ? NON OUI motif : _____

7 a) Veuillez-nous indiquer votre tension artérielle habituelle : tension artérielle habituelle /
b) Est-elle traitée ? NON OUI depuis quand ? _____ chiffres avant traitement : /

8 a) Vous trouvez-vous en arrêt de travail ? NON OUI total partiel depuis : _____
pourquoi ? _____
b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives ou non ? NON OUI quand ? _____ durée : _____
pourquoi ? _____
c) Êtes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? NON OUI motif : _____
 Civile Militaire taux : _____ depuis quand ? _____

9 Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? NON OUI quand ? _____
pourquoi ? _____

10 a) Suivez-vous un traitement médical ou recevez-vous des soins médicaux (y compris traitement contre la stérilité) ? NON OUI le(s)quel(s) ? _____
pourquoi ? _____
depuis quand ? _____
b) Avez-vous été au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 3 semaines ? NON OUI pourquoi ? _____
traitement : _____
dates de début : _____ et de fin de traitement : _____
résultat : _____
c) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? NON OUI pourquoi ? _____
quand ? _____ durée du traitement : _____
résultat : _____
d) Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous de l'exonération du ticket modérateur ? NON OUI date : _____ pourquoi ? _____

	NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
Préciser l'affection ou le symptôme, localisation, motif, date, durée, date de guérison, séquelles éventuelles			
11 Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :			
a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e) Paralytie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f) Surdité, enrouement, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, douleur thoracique, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, angine de poitrine, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
k) Psoriasis, kyste ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
m) Tumeur ou toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12 Avez-vous été accident� ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ nature des blessures : _____ séquelles éventuelles : _____
13a) Avez-vous été opéré ou hospitalisé ? <i>(communiquer les comptes rendus opératoires et histologiques des interventions réalisées ou du compte-rendu d'hospitalisation)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ durée : _____ pourquoi ? _____
b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? _____ pourquoi ? _____
14 Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années (sauf examens réalisés pour cette proposition d'assurance) : un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse de sang, un test de dépistage de la séropositivité (HIV, hépatite), ou une analyse des urines ? <i>(Joindre le résultat des examens anormaux)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motif : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
15 Avez-vous été soumis à d'autres investigations au cours des cinq dernières années : endoscopie, électroencéphalogramme, échographie, scanner, scintigraphie, artériographie, ECG d'effort, IRM, enregistrement polysomnographique. <i>(Joindre le résultat des examens dans tous les cas)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motif : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
16 Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?			_____
17 Avez-vous autre chose à déclarer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Je soussigné certifie avoir répondu sincèrement aux questions pr c t es 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 � _____, Le <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 20 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Signature du médecin (uniquement en cas d'examen médical) :
Signature de la personne à assurer : X	X

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour AIG VIE (ALICO S.A.) entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances)