

QUESTIONNAIRE DE SANTE CONCERTO



IMPORTANT

Les réponses à ce questionnaire doivent obligatoirement être écrites de la main de la personne à assurer.

Répondez à toutes les questions. Cochez OUI ou NON.

Pour chaque réponse cochée OUI, préciser sur la feuille annexe toutes les informations s'y rapportant en précisant le n° de la question, nom de la personne concernée, date, nature, durée et conséquence.

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^{eme} enfant	3 ^{eme} enfant
Nom					
Prénom					
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Date de naissance					
Taille					
Poids					
Tension artérielle					
1 Etes-vous actuellement en arrêt de travail (même partiel) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
2 Suivez-vous actuellement un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
3 Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
4 Aux cours des cinq dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail ou un traitement médical de plus de quinze jours	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
5 Aux cours des cinq dernières années, avez-vous suivi un traitement médical, un régime, une surveillance particulière	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
6 Avez-vous été hospitalisé ? (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
7 Avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
8 Avez-vous une ou plusieurs des affections suivantes : Maladie cardio-vasculaire, hypertension artérielle, diabète, maladie pulmonaire, maladie des voies urinaires, maladie du sang, rhumatismes ostéo-articulaires, dépression nerveuse, maladie de la peau, perte totale de vision d'un œil, stérilité,	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
9 Devez-vous être hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
10 Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu ? (soins, couronnes, orthodontie ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

Je certifie que les réponses sont sincères et véritables et affirme n'avoir rien dissimulé qui puisse induire en erreur l'Assureur et risquer de fausser la décision qu'il doit prendre au sujet de l'assurance proposée.

Conformément à l'article L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, toute fausse déclaration ou omission entraînerait la nullité de l'assurance.

Joindre à la demande de souscription ce questionnaire de santé et le document annexe dûment rempli pour chaque bénéficiaire sous pli cacheté à l'attention de Monsieur le Médecin conseil.

Fait à _____, le _____
Signature précédée de la mention manuscrite « LU ET APPROUVE »

Ce questionnaire est valable 3 mois à compter de la date de signature

**ANNEXE
AU
QUESTIONNAIRE DE SANTE
CONCERTO**



B.I.L.
assurances

Burdigala International Ltd.

La Sante sans frontiere

ASSURE :

Nom : _____

Prénom : _____

L'annexe au questionnaire de santé doit obligatoirement être écrites de la main de la personne à assurer.
Pour chaque réponse cochée OUI sur le questionnaire de santé, préciser sur cette feuille annexe toutes les informations s'y rapportant en précisant le n° de la question, nom de la personne concernée, date, nature, durée et conséquence.

Personne concernée : Nom : _____

Prénom : _____

Fait à _____, le _____
Signature précédée de la mention manuscrite « LU ET APPROUVE »

Ce questionnaire est valable 3 mois à compter de la date de signature

Joindre à la demande de souscription le questionnaire de santé et ce document annexe dûment remplie pour chaque bénéficiaire sous pli cacheté à l'attention de Monsieur le Médecin conseil.