

Déclaration sur l'état de santé

Nom, prénom _____ Date de naissance _____

1. Êtes-vous actuellement en pleine capacité de travail? oui non
Si non, veuillez indiquer le degré d'une incapacité de travail: _____ %

2. Taille _____ cm Poids _____ kg

3. Consommez-vous du tabac? oui non
Si oui, veuillez indiquer quelle sorte de consommation et la quantité: _____

4. Consommez-vous d'alcool (1 unité = 1 dl de vin, 3dl de bière, 4cl de spiritueux) oui non
Si oui, veuillez indiquer le nombre d'unités par semaine _____

5. Avez-vous été en incapacité de travail pour des raisons de santé pendant plus de 2 semaines au cours des 12 mois écoulés? oui non
Si oui, pour quelle raison? _____

6a Au cours des 5 dernières années, avez-vous séjourné dans un hôpital, un sanatorium ou une maison de cure, envisagez-vous un traitement stationnaire prochainement? oui non

6b Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 5 dernières années, de troubles physiques, psychiques ou mentaux? Souffrez-vous des séquelles d'un accident, d'une maladie ou d'un handicap (p. ex. ankylose, perte d'un membre, port de matériel de fixation des os)? oui non

En cas de réponse positive aux questions 6a ou 6b, veuillez compléter ci-dessous

Genre de trouble et genre de traitement	de	à	Médecin ou hôpital (avec adresse et service)

7. Avez-vous été soumis à des examens qui n'ont pas donné de résultat normal : (rayons X, ECG, test du sida, analyse d'urine ou de sang ou autres examens particuliers)? oui non
Si oui, lesquels? _____

8. Prenez-vous régulièrement des médicaments? oui non
Si oui, lesquels? _____
 Médecin traitant: _____

9. Votre demande d'admission a-t-elle été refusée ou acceptée à des conditions aggravées (supplément de prime, réduction de la durée d'assurance ou des prestations) par une entreprise d'assurance? oui non
Si oui, pourquoi? _____

10. Faites-vous valoir des prestations auprès de l'assurance invalidité, l'assurance militaire, l'assurance d'indemnités journalières ou contre les accidents ou recevez-vous des prestations de celles –ci actuellement ou au début de l'assurance (joindre les copies des décisions éventuelles)? oui non
Si oui, lesquels? _____

11. Quel médecin connaît le mieux vos antécédents médicaux? Si nécessaire, indiquer plusieurs adresses :
 Nom, adresse, téléphone : _____
 Nom, adresse, téléphone : _____

Observation importante

Elips Life se réserve le droit de contrôler, au moyen d'un examen médical, l'admission aux conditions contractuelles. En cas de réponses incomplètes ou fausses au questionnaire ci-après, Elips Life est libérée de son devoir de prestation si elle dénonce le contrat dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence.

Lieu, date

Signature de la personne à assurer