

Souscripteur : .....

Adresse : .....

### CELLULE FAMILIALE (PERSONNE A ASSURER)

<b>NOM &amp; PRENOMS DE L'ASSURÉ PRINCIPAL :</b> .....	<b>DATE DE NAISSANCE :</b> .....		<b>PROFESSION :</b> .....	
<b>NOM DE JEUNE FILLE</b> .....	<b>LIEU DE NAISSANCE</b> .....		<b>NATIONALITE</b> .....	
<b>ADRESSE COMPLETE :</b> .....			<b>N° de Tél :</b> .....	
<b>TAILLE .....</b> <b>POIDS.....</b> <b>TENSION ARTÉRIELLE .....</b>	<b>MONSIEUR</b>	<b>MADAME</b>	<b>OBSERVATIONS</b>	
Souffrez-vous actuellement d'un trouble d'une maladie quelconque ? Si la réponse est oui donnez la précision.	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous un défaut de constitution, une infirmité, une maladie chronique ou d'origine congénitale ? Si oui lequel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été atteint d'affection pulmonaire, nerveuse, cardiaque, rénale, de diabète, d'albumine, de maladie de foie, de cancer ? si oui à quel âge ? précisez lesquelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de l'estomac ? Si oui précisez (aigreurs, ulcères, vomissement de sang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été victime d'un accident avec séquelles ? précisez la date et la nature des séquelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? lesquelles et à quelles dates ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivez-vous un régime ? lequel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il des maladies chroniques dans votre famille ? lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous des maladies tropicales ? paludismes, dysenterie amibienne, etc... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été atteint de maladies sexuelles ? lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous actuellement l'objet de soin dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une bonne vue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisez-vous des verres correctifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date probable de votre accouchement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vos accouchements précédents se sont-ils déroulés normalement ? éventuellement donnés des précisions.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des cas à signaler des cas particuliers autres que ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné déclare que les réponses au présent questionnaire sont exactes et sincères, et accepte qu'elles servent de base à la police ASSURANCE SANTE à établir ; étant entendu que toute réticence ou fausse déclaration est susceptible d'entraîner des difficultés dans l'application des garanties prévues par le contrat. Il certifie également qu'aucune assurance semblable n'a été refusée ou rectifiée par une compagnie d'assurance.

Fait à ..... le .....

La proposition doit être entièrement remplie et signée de la main de l'assuré principal, précédée de la mention « Lu et Approuvé ».

L'ASSURÉ PRINCIPAL

# MEMBRES DE LA FAMILLE DE L'ASSURE

Conjoint(e)    1<sup>er</sup> Enfant    2<sup>ème</sup> Enfant    3<sup>ème</sup> Enfant    4<sup>ème</sup> Enfant

	Conjoint(e)	1 <sup>er</sup> Enfant	2 <sup>ème</sup> Enfant	3 <sup>ème</sup> Enfant	4 <sup>ème</sup> Enfant
NOMS & PRENOMS	.....	.....	.....	.....	.....
DATE DE NAISSANCE	.....	.....	.....	.....	.....
DEGRE DE PARENTE	.....	.....	.....	.....	.....
PROFESSION	.....	.....	.....	.....	.....
TAILLE & POIDS	.....	.....	.....	.....	.....
Souffre-t-il actuellement d'une affection quelconque ? donnez des précisions.	.....	.....	.....	.....	.....
A-t-il un défaut de constitution, une maladie chronique ou une infirmité ? lequel ?	.....	.....	.....	.....	.....
A-t-il dans le passé été atteint d'affection pulmonaire, nerveuse, cardiaque, rénale, de diabète, d'albumine, de maladie de foie, etc... ? à quel âge ?	.....	.....	.....	.....	.....
Souffre-t-il de l'estomac ? précisez (aigreurs, ulcère, vomissement de sang)	.....	.....	.....	.....	.....
A-t-il été victime d'un accident avec séquelles ? précisez la date et la nature des séquelles.	.....	.....	.....	.....	.....
A-t-il subi des interventions chirurgicales ? lesquelles et à quelles dates ?	.....	.....	.....	.....	.....
Suit-il un régime ? lequel ?	.....	.....	.....	.....	.....
Souffre-t-il des maladies tropicales ? paludismes, dysenterie amibienne, etc... ?	.....	.....	.....	.....	.....
Est-il actuellement l'objet de soin dentaire ?	.....	.....	.....	.....	.....
Utilise-t-il des verres correcteurs ?	.....	.....	.....	.....	.....
Est-elle enceinte ? Date probable de votre accouchement.	.....	.....	.....	.....	.....

- (1) Répondez par oui ou par non  
Donnez des précisions dans l'emplacement prévu.
- (2) Remplir une deuxième proposition à partir du 5<sup>ème</sup> enfant.