

## DECLARATION DE SANTE

Votre acceptation au contrat prévoyance est faite sur la base de vos réponses. Toute fausse déclaration entraînerait la nullité du contrat en application de l'article L.221-15 du code de la mutualité. Cette déclaration devra être faite sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil du service médical.

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... e-mail : .....

Profession : .....

Disposiez-vous d'un contrat de même nature chez un précédent assureur ?    Oui     Non

Si oui, lequel ?.....

Age : .....ans

Poids : .....kg

Taille : .....cm

	OUI	NON
1-Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des <b>5 dernières années</b> d'une affection nécessitant un <b>traitement</b> ou un <b>suivi médical</b> , en dehors des cas suivants : affections saisonnières (exemples : grippe, gastro-entérite, rhume), maux de tête, calculs biliaires ou rénaux, allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Etes-vous <b>actuellement</b> sous <b>contrôle ou traitement médical en dehors des traitements suivants</b> : contraceptifs, antibiotiques, anti-histaminiques, anti-allergiques, protection gastrique, anti-cholestérol, pour la ménopause naturelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-Avez-vous été <b>hospitalisé(e)</b> au cours des <b>5 dernières années</b> pour maladie ou accident, ou avez-vous <b>subi</b> une <b>intervention chirurgicale</b> ou un <b>examen spécifique</b> , en dehors des cas suivants : ablation de l'appendice, des amygdales ou des végétations, vésicule biliaire, hernie inguinale ou ombilicale, calculs biliaires ou rénaux, maternité et IVG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Avez-vous été en <b>arrêt de travail de plus de 2 semaines</b> au cours des <b>5 dernières années</b> , pour maladie ou accident, ou êtes-vous actuellement en attente d'une décision concernant une incapacité ou une invalidité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-En fonction de votre <b>taille</b> et votre <b>poids</b> , vous situez-vous dans la <b>partie grisée</b> du graphique au <b>verso</b> de cette page ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Si vous répondez oui à au moins l'une des 5 questions ci-dessus,  
merci de compléter la fiche de santé ci-après.***

Fait à....., le.....

Signature de l'assuré, précédé de la mention manuscrite « lu et approuvé »

