

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

INFORMATIONS GENERALES CONTRACTANT	
NOM	
PRENOM	
Poids (kg)	
Taille (cm)	
Tension artérielle	
Pratiquez-vous un sport? Le(s) Quel(s)	
Quelle est votre consommation/jour de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabac ?</li> <li>• Alcool ?</li> </ul>	
Votre poids a-t-il varié dans les 12 derniers mois ? Si oui, de combien ?	
PASSE MEDICAL	
Avez-vous consulté un médecin au cours des 3 dernières années pour un motif autre qu'un check-up ?	
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) <ul style="list-style-type: none"> <li>• En médecine interne ?</li> <li>• En chirurgie ?</li> <li>• En neuropsychiatrie ?</li> <li>• Autre ?</li> </ul>	
Avez-vous eu connaissance d'anomalies lors d'examens biologiques au cours des 2 dernières années ?	
Pour les femmes : avez-vous déjà eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	
SITUATION ACTUELLE	
Etes-vous actuellement sous traitement ou sous contrôle médical ?	
Etes-vous atteint(e) d'une malformation de naissance ou d'une maladie chronique ?	

<b>EVOLUTION</b>	
Devez-vous subir une opération ou des examens complémentaires dans les prochains mois ?	
L'état de votre denture nécessite-t-il des soins ou des prothèses ?	
<b>MEDECIN DE FAMILLE</b>	
Avez-vous un médecin de famille ? Si oui, quel est son nom, son adresse et son n° de téléphone ?	

# Déclaration :

Par la présente, je demande la souscription à l'assurance maladie de la MAR Sa et je déclare :

- Avoir pris note que ces réponses sont confidentielles et seront utilisées par la MAR sa pour l'acceptation du dossier de souscription ;
- Certifier que les réponses sont exactes et, à ma connaissance, complètes entières, vraies et qu'il n'existe aucune circonstance pouvant affecter les résultats de l'évaluation de la souscription par la MAR Sa ;
- Savoir que toute déclaration fausse ou incomplète sera considérée rétroactivement comme un renoncement aux prestations et entraînera l'annulation immédiate du contrat concerné ;
- Savoir que le plan sera affectif à la date précisée sur les conditions particulières émises après étude du dossier par la MAR Sa et que toutes ces réponses font partie, avec la déclaration médicale, les conditions particulières, la quittance et les conditions générales, du contrat entre chaque personne assurée et l'assureur ;
- Avoir noté que la MAR Sa peut demander un examen médical complémentaire à mes frais avant d'accepter ma demande ;
- Autoriser tout médecin ayant examiné à des fins de diagnostic ou de traitement une personne à assurer, à donner à la MAR Sa tous les détails de ces examens, y compris un historique général ;
- Savoir que le refus par tout assuré, médecin ou établissement de fournir ces informations médicales, sera considéré comme un renoncement aux prestations et l'assureur n'aura plus aucune obligation envers ces personnes ;
- Avoir lu les principales exclusions, notamment celles relatives aux états préexistants.

Signature du contractant au nom de l'ensemble des personnes à assurer :

**Date : 29 avril 2006**