

DECLARATION D'ETAT DE SANTE

Contrat : _____

Souscripteur : _____

IMPORTANT :

Répondez à toutes les questions. Complétez, les cas échéants, vos réponses par les observations qui vous paraissent utiles.

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^{eme} enfant	3 ^{eme} enfant
Nom Prénom Sexe Date de naissance Taille / poids / tension artérielle					
Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? Depuis quelle date ? Pour quel motif ?					
Au cours des 5 dernières années, avez-vous interrompu vos activités plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident ? A quelle(s) date(s) ? Pour quelle(s) durée(s) Pour quels motifs ? Avez vous des séquelles ?					
Suivez-vous actuellement un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ? Lequel ? Pour quel motif ? Depuis quelle date ? Quels ont été les médicaments prescrits ?					
Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ? Lequel ? Pour quel motif ? Depuis quelle date ? Quels ont été les médicaments prescrits ?					
Avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement de cure, service psychiatrique, etc.) ? A quelles dates ? Pour quelles durées ? Pour quel motif ?					

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? A quelle date ? Pour quel motif ?					
Devez-vous subir une intervention chirurgicale ? A quelle date ? Pour quel motif ?					
Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ? Laquelle ? Depuis quelle date ? Taux de pension ? Servie par ...					
Avez-vous été réformé ou exempté du service militaire ? A quelle date ? Pour quel motif ?					
Avez-vous une ou plusieurs des maladies suivantes : 1. maladie cardio-vasculaire 2. hypertension artérielle 3. diabète 4. maladie pulmonaire 5. maladie des voies respiratoires 6. rhumatismes ostéo-articulaires 7. dépression nerveuse 8. maladie de la peau 9. perte totale de vision d'un oeil 10. stérilité 11. autres maladies (précisez)					
Si vous avez consulté un dentiste ou stomatologue dans les 12 derniers mois, quelles en sont les raisons ? 1. consultation de routine 2. caries 3. prothèses 4. orthodontie 5. gencives 6. esthétique 7. autres (précisez)					
Votre dentiste vous a-t-il conseillé d'entreprendre des soins dentaires ou des travaux de prothèses dentaires ?					

Je certifie, complètes, exactes et sincères les déclarations ci-dessus et m'engage à fournir au Médecin-Conseil de la GMCI Département APREX tous les renseignements médicaux dont il aura besoin.

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

Fait à

le

Signature :