



Renseignements

Nom
N° CAFAT

Prénom
Date de naissance

LISEZ TRES ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS :

L'attention de la personne à assurer est attirée sur l'importance du présent questionnaire qui doit, impérativement, être daté et signé.

Toutes les questions doivent comporter une réponse. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion au contrat (article L1138 du Code des Assurances). Si vous estimez devoir répondre OUI au moins à l'une de ces questions, le présent questionnaire sera soumis à notre médecin conseil.

		NON	OUI			NON	OUI
1 - Taille (en cms) <input type="text"/>				2 - Poids (en kgs) <input type="text"/>			
				Soustraire le poids de la taille			
3 - Le chiffre résultant de la soustraction ci-dessus est-il inférieur à 80 ou supérieur à 120 ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	f) subi un traitement par rayon, laser ou chimiothérapie ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Etes-vous actuellement en incapacité totale ou partielle de travail ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez			
Pour quelle raison ?				Pourquoi ?			
Depuis quelle date ?				Dates			
Date prévue pour la reprise ?				9 - Suivez-vous un traitement médical ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Vous savez-vous atteint :				Lequel ?			
a) d'une maladie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pourquoi ?			
Laquelle ?				10 - Êtes-vous, ou avez-vous été pris en charge à 100% pour longue maladie ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) d'une affection congénitale		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez			
Laquelle ?				Date			
6 - Faites-vous l'objet d'un suivi médical autre que les visites faites dans le cadre de la médecine du travail, de la prévention ou du dépistage ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11 - Faites-vous l'objet d'un suivi dentaire pour soins / prothèses ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lequel ?				Lequel ?			
Pourquoi ?				12 - Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité «test du SIDA», autre que ceux, à caractère systématique, c'est-à-dire passés à l'occasion d'un bilan pré-nuptial, de grossesse ou lors d'un don de sang ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depuis quelle date ?				Avez-vous subi un test de dépistage à caractère systématique avec un résultat positif ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Au cours des dix dernières années, avez-vous subi des interventions chirurgicales autres qu'appendicectomie ou ablation des amygdales et des végétations ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quand ?			
Lesquelles ?				Résultat			
Dates				13 - Au cours des six derniers mois, des examens spéciaux (exemples : radiologie, cardiologie, laboratoire) vous ont-ils été prescrits, dans un autre cadre que celui de la prévention systématique ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Au cours des cinq dernières années, avez-vous :				Quand ?			
a) consulté pour la colonne vertébrale et les hanches ? (exemple : arthrose, hernie discale, sciatique)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquels ?			
Précisez				Pourquoi ?			
Dates				Dates			
b) consulté pour des troubles nerveux ? (exemples : asthénie, dépression, surmenage, anxiété)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Résultats (les joindre si possible) ?			
Précisez				14 - Avez-vous un taux d'invalidité ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dates				Précisez à quel titre ? <input type="radio"/> Civil, <input type="radio"/> Sécurité sociale, <input type="radio"/> Maladie prof., <input type="radio"/> Accident du travail, <input type="radio"/> Militaire			
c) été atteint d'une maladie ayant provoqué un arrêt de travail de plus d'un mois ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Taux ou catégorie			
Laquelle ?				15 - Etes-vous atteint d'une malformation ou avez-vous été amputé d'un membre ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dates				Précisez			
d) été victime d'un accident ayant entraîné un arrêt de travail de plus d'un mois ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16 - Etes-vous atteint d'un défaut de l'ouïe ou de la vue (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dates				Précisez			
Durée de l'arrêt de travail ?				Origine			
S'il subsiste des séquelles, lesquelles ?				17 - Avez-vous fait l'objet de restrictions dans le cadre de propositions d'assurance vie ? (surprime, clause d'exclusion, refus ou ajournement)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) été victime d'un accident ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pourquoi ?			
Date, précisez				Dates			

Cette adhésion, valable pour la durée du contrat, pourra être dénoncée à chaque échéance annuelle ou trimestrielle par l'assuré ou par la M.P.L. moyennant préavis d'1 mois au moins.

Je soussigné, certifie que les réponses faites à ce questionnaire sont sincères et véritables.

Signature de l'assuré précédée de la mention « Lu et approuvé ».

Fait à, le / / .