

Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



QUESTIONNAIRE MEDICAL (MED / QM 02)

Document à retourner sous pli confidentiel à l'adresse suivante :
Médecin Conseil de la compagnie –
APREP – 31, rue du quatre septembre – 75002 PARIS

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... lieu de naissance :

Sexe (H/F): Poids :kg Taille :m Tension Artérielle : /

Profession exacte :

Etes-vous déjà assuré pour le risque décès à titre individuel : Oui Non

Si oui : Montant :€ Date :/...../..... Compagnie :

Avez-vous séjourné à l'étranger pendant plus d'un mois au cours des 2 dernières années, ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois (sauf Europe, Amérique du Nord) : Oui Non

Lieu : Date du/...../..... au/...../..... Motif :

Lieu : Date du/...../..... au/...../..... Motif :

**Si vous répondez « oui » aux questions ci-dessous, veuillez renseigner :
le motif, la date, les résultats et la situation actuelle.**

Oui Non

1. Etes-vous actuellement en arrêt de travail dans votre profession ?
2. Durant les cinq dernières années, avez-vous été opéré ou devez-vous prochainement subir une intervention chirurgicale ?
3. Etes-vous atteint d'une infirmité ?
4. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?
5. Durant les cinq dernières années, avez-vous subi des maladies ou des accidents ayant nécessité un arrêt de travail ou un traitement de plus de 30 jours ?
6. Avez-vous eu une dépression, crise nerveuse ou paralysie ?
7. Avez-vous eu des affections lombaires, des os, des articulations ou des ligaments ?
8. Avez-vous eu d'autres maladies chroniques ou récidivantes ?
9. Avez-vous été victime d'un accident corporel ? si oui, précisez les séquelles éventuelles ?
10. Durant les cinq dernières années, avez-vous séjourné dans des hôpitaux, cliniques ou maisons de santé ?
11. Durant les cinq dernières années, avez-vous effectué un examen sanguin, urinaire, radiologique, ECG ou autres ?
12. Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité HIV ?
13. Pratiquez-vous un sport ?
- Lequel : Avec compétition
- Voulez vous être assuré pour la pratique de ce sport ?
14. Autres activités telles que aviation, participation à des courses ou concours,

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre :
- soit à votre interlocuteur commercial sous pli cacheté dans l'enveloppe jointe à cet effet à l'ordre du médecin conseil de La Mondiale Partenaire.
- soit par envoi postal au médecin conseil de La Mondiale Partenaire.

Le médecin conseil de l'assureur se réserve le droit de demander à la personne à assurer communication de documents médicaux complémentaires.

Je soussigné(e), reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

J'autorise l'assureur à communiquer mes réponses à ses correspondants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion du contrat et/ou à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui.

Fait à Signature de la personne à assurer :

Le/...../.....