



**ATTESTATION SUR L'HONNEUR
DECLARATION DE BONNE SANTE**

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

A remplir par l'assuré(e)	Oui ou non	<u>Si oui</u> , donner les détails complets, y compris les dates, motif, durée, résultats des examens, séquelles éventuelles
1- Etes-vous actuellement en bonne santé?	_____	
2- <u>Depuis la date de ma demande d'adhésion initiale :</u> a) Avez-vous soumis une proposition à une autre société? b) Avez-vous consulté un médecin pour une raison quelconque? c) Avez-vous subi des examens de laboratoire, analyses, radios, ou autres examens de santé. (si oui, fournir les résultats) d) Avez-vous été hospitalisé(e)? (si oui, joindre obligatoirement compte rendu opératoire, hospitalier et histologique) e) Avez-vous été atteint(e) d'une maladie ou une blessure quelle qu'elle soit? f) Avez-vous changé(e) d'activité professionnelle? g) Y-a-t- il de nouvelles circonstances susceptibles d'aggraver votre risque? <u>Exemple</u> : lieu de résidence, passe-temps dangereux, sport, etc.....	_____ _____ _____ _____ _____ _____	

Je soussigné(e) déclare avoir vérifié les réponses ci-dessus, et que les renseignements donnés sont sincères et complets.

J'accepte que cette déclaration, ainsi que toutes les déclarations déjà faites, servent de base à l'établissement du contrat d'Assurance Vie demandé.

Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L 113-8 : NULLITE DU CONTRAT et Art. L 113-9 : REDUCTION DES INDEMNITES).

ART. L 113-8 : Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré quand cette réticence ou cette déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur.

Fait à _____, Le _____

« lu et approuvé » + Signature :