

N° de dossier (à remplir par BNP Paribas Cardif)

Merci de cocher votre réponse. Si vous manquez de place pour répondre à une des questions ci-dessous, merci d'indiquer vos explications complémentaires sur papier libre que vous joindrez au présent questionnaire, sans oublier d'y mentionner votre nom, prénom et date de naissance et en faisant référence à la question concernée.

Nous vous saurions gré de remplir ce questionnaire complètement, de le dater et de le signer. Sur base des réponses sur ce questionnaire et / ou en fonction du capital à assurer, des informations complémentaires pourraient vous être demandées afin de pouvoir évaluer le risque.

## Données personnelles du candidat-assuré

 M.     Mme.

Nom (en majuscules) :

Prénom :

Date de naissance :

## Données médicales du candidat-assuré

Quelle est votre taille ?

cm

Poids ?

kg

Buvez-vous en moyenne plus de 2 verres d'alcool par jour ?  Oui  Non    Si oui, quoi et combien en moyenne par jour ?

Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues, hallucinogènes...) ces 5 dernières années ?

 Oui  Non

Si oui, quoi et à quelle fréquence ?

Avez-vous suivi ces 5 dernières années un traitement d'une durée supérieure à 3 semaines consécutives ou êtes-vous actuellement en traitement\*?  Oui  Non  
(\*par traitement est entendu: tout médicament ou autre traitement thérapeutique. Ne sont pas concernés: les compléments alimentaires, 'la pilule' ou d'autres moyens contraceptifs.)

Si oui, lequel et pourquoi ?

Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ou avez-vous dans les 3 prochains mois une consultation prévue chez un médecin\*?  Oui  Non  
(\*ne sont pas concernés: un check-up de routine, une consultation dans le cadre d'un examen de médecine du travail.)

Si oui, pourquoi et quand ?

Ces 10 dernières années, avez-vous été soigné dans un hôpital, hospitalisé ou opéré ou est-ce prévu dans les 12 prochains mois\* ?  Oui  Non  
(\*par hôpital est entendu tout établissement de soins de santé y compris psychiatriques. Ne sont pas concernés: la grossesse, l'accouchement ou les soins dentaires.)

Si oui, pourquoi, quand et pour quelle durée ?

Etes-vous actuellement en incapacité de travail ou avez-vous été, ces 5 dernières années, en incapacité de travail pendant plus de 3 semaines consécutives\*?

(\*ne sont pas concernés: la grossesse ou le congé de maternité.)

 Oui  Non

Si oui, pourquoi, quand et pour quelle durée ?

Souffrez-vous ou avez-vous souffert ces 10 dernières années d'une affection\*?

(\*par affection est entendu: des plaintes de santé, une maladie, un handicap, un syndrome ou les séquelles d'un accident avec lésions médicales. Ne sont pas concernés : les infections banales telles qu'une grippe ou un rhume, les plaintes gastro-intestinales d'une durée de moins d'une semaine.)

Si oui, de quoi s'agit-il? (Merci de cocher et remplir ci-dessous). Les affections mentionnées ne sont que des exemples. Il ne s'agit donc pas d'une liste limitative.

	Affection	Date de début	Description, traitement et état actuel
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	a. Cœur et vaisseaux sanguins (ex: hypertension, souffle cardiaque, troubles du rythme cardiaque, infarctus, douleurs de poitrine, affection des artères (coronaires), accident vasculaire cérébral ou thrombose, anévrisme, insuffisance cardiaque ou valvulaire, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	b. Métabolisme, hormones et glandes (ex: cholestérol élevé, goutte, affection de la thyroïde, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	c. Diabète, intolérance au glucose		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	d. Tumeurs, affections malignes ou cancer		

	Affection	Date de début	Description, traitement et état actuel
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	e. Affections psychiques (ex: dépression, fatigue extrême, surmenage, burn-out, névrose d'anxiété, troubles bipolaires, psychose, schizophrénie, abus de médicaments, troubles de l'alimentation, tentative de suicide, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	f. Système respiratoire (ex: bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose, syndrome des apnées du sommeil, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	g. Système digestif ou ventre (ex: affection de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	h. Système nerveux et cerveau (ex: hémorragie cérébrale, paralysie, épilepsie, sclérose en plaques, névrite, Parkinson, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	i. Sang ou ganglions lymphatiques (ex: anémie, trouble de la coagulation ou de la moelle osseuse, leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	j. Muscles et articulations (ex: rhumatisme, arthrite psoriasique, dystrophie, fibromyalgie, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	k. Infection ou maladie parasitaire (ex: hépatite B ou C, VIH, malaria, maladies sexuellement transmissibles, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	l. Peau (ex: mélanome, psoriasis, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	m. Reins ou voies urinaires (ex: néphrite, calculs rénaux, cystite / polypes, protéine dans les urines, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	n. Organes génitaux (ex: Femmes : affections de l'utérus ou des seins, pertes de sang abondantes, fibrome utérin, autre; Hommes : affections de la prostate, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	o. Nez, gorge et oreilles (ex: troubles auditifs, vertiges, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	p. Yeux (ex: inflammation du nerf optique, double vision, autre)		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	q. Autres affections		

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts. Je suis conscient(e) que toute fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément à la loi du 04/04/2014 relative aux assurances. J'autorise explicitement les médecins qui m'ont traité ou qui constateront mon décès, à fournir au médecin conseil de la compagnie tous les renseignements nécessaires pour décider d'une éventuelle intervention. En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du sinistre, et uniquement à cette fin, je consens explicitement au traitement des données personnelles et médicales qui me concernent (Loi du 08/12/1992 sur la protection de la vie privée). Je déclare avoir reçu une copie de ce questionnaire. L'assureur peut cependant demander à l'assuré de se soumettre à des examens médicaux complémentaires et/ou formuler des clauses d'acceptation spécifiques (surprimes et/ou exclusions) si le capital à assurer atteint un certain seuil ou si les réponses aux présentes questions l'exigent.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré(e)  
(précédée de "lu et approuvé")