

Avenue Louise 166 Bte 1  
1050 Bruxelles  
Belgique  
+ 32 (0)78 150 135

**DECLARATION SUCCINCTE DE SANTE POUR DEMANDE DE COUVERTURE INVALIDITE**

Nom et prénom :			
Date de naissance :			
Rue :	N°:		Boîte:
Code postal :	Localité :		

Le cas échéant la compagnie se réserve le droit d'imposer des formalités médicales complémentaires.

DÉCLARATIONS CONFIDENTIELLES DE L'ASSURÉ(E)	Réponse de l'assuré(e)		
	OUI	NON	
1. Souffrez-vous actuellement d'une affection médicale grave ? (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, laquelle: .....
2. Etes-vous actuellement en incapacité de travail totale ou partielle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, depuis .....
3. Avez-vous au cours des 5 dernières années,			Raison: .....
a) souffert d'une affection médicale grave ? (*)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, date et définition: .....
b) dû interrompre vos activités professionnelles pendant plus de 30 jours pour cause de maladie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, date: .....
c) subi une opération chirurgicale ou été hospitalisé(e) pour observation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Raison: .....
4. Prenez-vous régulièrement des médicaments ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquels et pourquoi ?.....
5. Quel est votre poids – votre taille ?			..... Kg ..... Cm
6. Avez-vous passé un test de dépistage du travail totale virus HIV ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Date et résultat: .....

(\*) Par affection médicale grave, on entend : affection psychique ou du système nerveux, affection des voies respiratoires, de l'appareil cardio-vasculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil génito-urinaire, des organes des sens, de la peau et/ou des os, des articulations ou du dos.

Le soussigné, assuré, confirme l'exactitude des réponses susmentionnées. Il autorise explicitement par la présente l'assureur à utiliser les renseignements susmentionnés dans sa base de données afin que celles-ci soient traitées par son médecin-conseil. En outre, il marque son accord sur le fait qu'en cas de décès, son médecin transmettra une déclaration mentionnant la cause du décès au médecin conseil de l'assureur.

La compagnie garantit par la présente la plus stricte confidentialité dans le traitement des données transmises.

Fait à ..... le .....

Signature de l'assuré(e), à faire précéder de la mention "lu et approuvé"