

# QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DE L'ADHERENT

AUCUNE QUESTION NE DOIT ETRE LAISSEE SANS REPONSE – LES REPONSES DOIVENT ETRES ECRITES EN TOUTES LETTRES

1. Êtes-vous déjà assuré(e) pour les mêmes risques ? OUI  NON   
Si oui, indiquez le n° de la police d'assurance ..... Capital garanti .....
2. Avez-vous été refusé(e) par une compagnie d'assurance ? OUI  NON   
Avez-vous été ajourné(e) par une compagnie d'assurance ? OUI  NON   
Avez-vous été accepté(e) par une compagnie d'assurance avec surprime ? OUI  NON   
Avez-vous été accepté(e) par une compagnie d'assurance avec des exclusions de garanties? OUI  NON   
Si oui, quelles étaient les exclusions de garanties : .....
3. Êtes-vous actuellement ou habituellement en bon état de santé ? OUI  NON
4. Votre état de santé vous permet-il actuellement d'exercer normalement votre activité professionnelle à temps complet ? OUI  NON   
Si non, depuis quelle date avez-vous cessé votre travail ? \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_
5. Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement d'une maladie ou d'un accident ? OUI  NON   
Si oui, indiquez la nature de la maladie ou de l'accident, les dates et durées de ces arrêts de travail : .....
6. Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement d'une maladie chronique ? OUI  NON   
Si oui, indiquez laquelle, depuis quelle date et le traitement prescrit : .....
7. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? OUI  NON   
Si oui, indiquez lesquelles, les dates et les séquelles éventuelles : .....
8. Êtes-vous atteint d'infirmité(s) congénitale(s) ou accidentelle(s) ? OUI  NON   
Si oui, indiquez lesquelles et depuis quelle date : .....
9. Avez-vous une pension d'invalidité civile ou militaire ? OUI  NON   
Si oui, indiquez le motif, le taux et la date d'attribution : .....
10. Avez-vous été exempté du service national, ajourné ou réformé ? OUI  NON   
Si oui, indiquez le motif : .....
11. Y a-t-il d'autres indications non mentionnées ci-dessus qui permettent de renseigner les assureurs sur votre état de santé ? OUI  NON   
Si oui, veuillez préciser lesquelles : .....

J'autorise en outre le conseiller médical de **Macir Vie** à prendre connaissance de mon dossier médical, auprès de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale pour tout sinistre que je déclarerais au titre du présent contrat.

**Les sanctions prévues par les articles 21, 86, 87 et 88 de l'ordonnance N° 95-07 du 25-01-95 modifiée et complétée par la loi n°06-04 du 20-02-06 (nullité de l'assurance / réduction de la somme assurée) pourraient être appliquées en cas de sinistre si l'adhérent a fait une fausse déclaration.**

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Cachet du contractant et signature

Signature de l'adhérent

Précédée de la mention manuscrite

« Lu et approuvé »

**LA PRESENTE DEMANDE D'ADHESION (Y COMPRIS LE CERTIFICAT D'ADHESION) DOIT ETRE TRANSMISE A MACIR VIE PAR L'INTERMEDIAIRE DU SOUSCRIPTEUR DE L'ASSURANCE GROUPE.**

CONDITIONS PARTICULIERES D'AFFILIATION

Partie réservée à **Macir Vie**