

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.**

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

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 ...../...../.....