

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 :**
- **Quelle est votre taille ? cm**
- **Poids ? kg**
- **N° de dossier (à remplir par BNP Paribas Cardif) :**

Données médicales du candidat-assuré

1. **Buvez-vous en moyenne plus de 2 verres d'alcool par jour ?**
 - Oui Non
 - Si oui, quoi et combien en moyenne par jour ?
2. **Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues, hallucinogènes...) ces 5 dernières années ?**
 - Oui Non
 - Si oui, quoi et à quelle fréquence ?
3. **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
 - Si oui, lequel et pourquoi ? (par traitement est entendu : tout médicament ou autre traitement thérapeutique. Ne sont pas concernés : les compléments alimentaires, 'la pilule' ou d'autres moyens contraceptifs.)
4. **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
 - Si oui, pourquoi et quand ? (ne sont pas concernés : un check-up de routine, une consultation dans le cadre d'un examen de médecine du travail.)
5. **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
 - Si oui, pourquoi, quand et pour quelle durée ? (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.)
6. **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 ?**
- Oui Non
 - Si oui, pourquoi, quand et pour quelle durée ? (ne sont pas concernés : la grossesse ou le congé de maternité.)
7. **Souffrez-vous ou avez-vous souffert ces 10 dernières années d'une affection ?**
- Oui Non
 - 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.
 - **Cœur et vaisseaux sanguins** : Oui Non (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)

- **Métabolisme, hormones et glandes** : Oui Non (ex: cholestérol élevé, goutte, affection de la thyroïde, autre)
- **Diabète, intolérance au glucose** : Oui Non
- **Tumeurs, affections malignes ou cancer** : Oui Non
- **Affections psychiques** : Oui Non (ex: dépression, fatigue extrême, surmenage, burn-out, névrose d'angoisse, troubles bipolaires, psychose, schizophrénie, abus de médicaments, troubles de l'alimentation, tentative de suicide, autre)
- **Système respiratoire** : Oui Non (ex: bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose, syndrome des apnées du sommeil, autre)
- **Système digestif ou ventre** : Oui Non (ex: affection de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, autre)
- **Système nerveux et cerveau** : Oui Non (ex: hémorragie cérébrale, paralysie, épilepsie, sclérose en plaques, névrite, Parkinson, autre)
- **Sang ou ganglions lymphatiques** : Oui Non (ex: anémie, trouble de la coagulation ou de la moelle osseuse, leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, autre)
- **Muscles et articulations** : Oui Non (ex: rhumatisme, arthrite psoriasique, dystrophie, fibromyalgie, autre)
- **Infection ou maladie parasitaire** : Oui Non (ex: hépatite B ou C, VIH, malaria, maladies sexuellement transmissibles, autre)
- **Peau** : Oui Non (ex: mélanome, psoriasis, autre)
- **Reins ou voies urinaires** : Oui Non (ex: néphrite, calculs rénaux, cystite / polypes, protéine dans les urines, autre)
- **Organes génitaux** : Oui Non (ex: Femmes : affections de l'utérus ou des seins, pertes de sang abondantes, fibrome utérin, autre; Hommes : affections de la prostate, autre)
- **Nez, gorge et oreilles** : Oui Non (ex: troubles auditifs, vertiges, autre)

- **Yeux** : Oui Non (ex: inflammation du nerf optique, double vision, autre)
- **Autres affections** : Oui Non

Déclaration

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")