



Les réponses à ce questionnaire doivent être écrites obligatoirement de la main de la personne à assurer. Vous pouvez nous communiquer sur papier libre tout complément d'information concernant votre état de santé.

1-Quels sont vos : taille, poids, tension artérielle habituelle ?

Taille..... m	Poids..... kg	Tension.....
Assuré :Kg
Conjoint :Kg
Enfants :Kg

Veillez répondre par oui ou non :

2-Votre état de santé vous empêche-t-il d'exercer votre activité professionnelle ?

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Si réponse OUI, veuillez compléter en précisant la personne concernée pour chaque question

Temps partiel thérapeutique.....
 Arrêt total du travail.....
 Causes.....

3-Avez-vous subi ou devez-vous subir une (des) intervention(s) chirurgicale(s), autres qu'appendicite, amygdales ou végétations ?

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Laquelle (lesquelles) ?.....
 Date(s).....

4-Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on prescrit un arrêt de travail ou un traitement médical de plus de trois semaines ?

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Pour quelles raisons ?.....
 Nature et durée du traitement.....
 Lesquels ?.....

5-Avez-vous reçu des soins ou subi des examens au cours des cinq dernières années, ayant entraîné un séjour dans un établissement médical (hôpital, clinique, maison de repos, de rééducation, diététique, de cure, sanatorium.....) ?

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Date(s).....
 (joindre photocopie des comptes opérations et/ou histologiques)

6-Au cours des dix dernières années, avez-vous présenté une ou plusieurs des affections suivantes : maladies neurologiques ou psychiatriques (y compris dépression), maladies ostéo-articulaires (dont atteintes vertébrales et para-vertébrales), cancer, leucémie ou autre maladie du sang.

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Si vous avez répondu OUI à cette question, veuillez indiquer de quelle maladie il s'agit ainsi que toutes les précisions utiles (date, durée, traitement, date de guérison, séquelles, commentaires).

.....



7- Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité aux virus des hépatites ou à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ?

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Si OUI, indiquez :

Date.....

La nature du test.....

Le résultat.....

8-Avez-vous des séquelles résultant d'une maladie ou d'un accident ?

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Lesquelles ?.....

Date de l'événement.....

Nature.....

Date de consolidation.....

Séquelles.....

9-Etes-vous atteint d'une infirmité ou titulaire d'une pension (civile ou militaire) d'invalidité ou d'une pension vieillesse ?

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Nature de l'infirmité.....

Nature (pension ou rente)

Catégorie ou taux
(joindre notification)

10-Avez-vous été accepté(e) à des conditions spéciales ou refusé(e) au titre d'un contrat d'assurance sur la vie ?

Assuré Conjoint 1^{er} enfant 2^e enfant

--	--	--	--

Motif et date.....

Je, soussigné, certifie exactes et sincères les informations générales ci-contre ainsi que les réponses aux questions médicales ci-dessous, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur, étant entendu que les articles L 113-8 et 9 du Code des Assurances édictent les sanctions en cas de fausse déclaration, réticences ou inexacts et consens à être garanti en décès selon les bases contractuelles (article L 132-2 du Code des Assurances).

A.....le.....

Signature de la personne à assurer précédée de la mention « Lu et Approuvé » apposée de sa main, sans omettre de dater

Notre interlocuteur habituel J.P. LABALETTE est en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations.
Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas votre attente, vous pouvez adresser votre réclamation à
AGF Collectives – Service Relations Clientèle – Tour Neptune – 20, place de Seine - 92086 LA DEFENSE CEDEX .

Enfin en cas de désaccord définitif entre nous relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au médiateur, dont nous vous fournirons, sur simple demande, les coordonnées, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.