

Garanties DECES-IAD ET OBSEQUES

Merci de bien vouloir compléter ce questionnaire pour chacun des proposants à l'assurance décès. Pour cela, il vous suffit de mettre une croix dans la case correspondant à votre réponse. En cas de réponse positive, veuillez s'il vous plaît nous donner quelques précisions dans l'espace prévu à cet effet.

Questions	Adhérent	Conjoint
	Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
Etes-vous actuellement en incapacité de travail ?	Non ☐ Oui ☐ Depuis quelle date ? _____ Motif ? _____	Non ☐ Oui ☐ Depuis quelle date ? _____ Motif ? _____
Au cours des 5 dernières années avez-vous dû interrompre votre travail plus de 30 jours consécutifs pour maladie ou accident ?	Non ☐ Oui ☐ Date ? _____ Durée ? _____ Motif ? _____	Non ☐ Oui ☐ Date ? _____ Durée ? _____ Motif ? _____
Suivez-vous actuellement un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ?	Non ☐ Oui ☐ Lequel ? _____ Motif ? _____ Depuis quelle date ? _____	Non ☐ Oui ☐ Lequel ? _____ Motif ? _____ Depuis quelle date ? _____
Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années un traitement médical ou un régime ?	Non ☐ Oui ☐ Lequel ? _____ Motif ? _____ Du : _____ Au : _____	Non ☐ Oui ☐ Lequel ? _____ Motif ? _____ Du : _____ Au : _____
Avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos) ?	Non ☐ Oui ☐ Date ? _____ Durée ? _____ Motif ? _____	Non ☐ Oui ☐ Date ? _____ Durée ? _____ Motif ? _____
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?	Non ☐ Oui ☐ Date ? _____ Motif ? _____	Non ☐ Oui ☐ Date ? _____ Motif ? _____
Devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	Non ☐ Oui ☐ Date prévue ? _____ Motif ? _____	Non ☐ Oui ☐ Date prévue ? _____ Motif ? _____
Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	Non ☐ Oui ☐ Laquelle ? _____ Date ? _____ Taux de la pension ? _____ Versé par ? _____	Non ☐ Oui ☐ Laquelle ? _____ Date ? _____ Taux de la pension ? _____ Versé par ? _____
Connaissez-vous votre tension artérielle ?	Non ☐ Oui ☐ Maxi ? _____ Mini ? _____	Non ☐ Oui ☐ Maxi ? _____ Mini ? _____
Indiquez votre :	Poids ? _____ Taille ? _____	Poids ? _____ Taille ? _____

Je déclare sur l'honneur sincères les informations contenues dans le questionnaire ci-dessus.

Je déclare avoir été informé que conformément aux articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, toute fausse déclaration ou réticence entraîne la nullité de l'assurance.

Article 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978

Les informations recueillies à l'occasion de l'adhésion du présent contrat ont un caractère obligatoire et sont destinées à l'usage interne et au fonctionnements des établissements désignés dans l'offre. Elles pourront toutefois être communiquées aux tiers autorisés mentionnés sur les déclarations faites à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès dans les conditions prévues au Chapitre 5 de la loi précitée, en particulier après paiement de la redevance légale, sauf rectification justifiée. Pour l'exercice du droit d'accès et de rectification, s'adresser à : ENVERGURE ASSOCIATION.

Fait à : _____ Le : _____

Signatures de l'adhérent et du conjoint (si souscription) :
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Ce questionnaire est à joindre à votre demande d'adhésion au contrat Décès-IAD et Obsèques « GRAND LARGE »