

13. Déclaration de santé assurance vie.

Assuré principal				Assuré secondaire			
Nom		Prénom		N° d'identité		N° d'identité	
Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		Date de naissance		Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		Date de naissance	
N°				Assuré principal	Assuré secondaire	Questionnaire	
	Pour répondre aux questions suivantes, mettre un signe V dans la colonne de réponses correspondante. En cas de réponse positive, joindre un questionnaire approprié dont le numéro apparaît entre parenthèses () dans le corps de la déclaration. Si le symbole « * » apparaît à côté du diagnostic, un certificat médical à jour du médecin traitant relatif au problème déclaré doit être joint. Les candidats âgés de 65 ans et plus doivent joindre un certificat médical relatif à leur état de santé, y compris les opérations subies, les médicaments pris régulièrement, les diagnostics, les hospitalisations et les résultats des tests d'imagerie des 5 dernières années.						
	Pratiquez-vous une activité sportive extrême et/ou un hobby dangereux ? Pour une liste des activités sportives/hobby extrêmes/dangereux, veuillez visiter le site internet de Menora. Si la réponse est positive, vous devez remplir le questionnaire sur les hobbies dangereux			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	Avez-vous un permis de pilotage ou de membre d'équipage ? Si la réponse est positive, vous devez remplir le questionnaire sur le pilotage			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
N°	Questions générales sur l'état de santé			Assuré principal	Assuré secondaire	Questionnaire	
	Assuré principal:			Assuré secondaire:			
	Taille cm: _____ Poids kg: _____			Taille cm: _____ Poids kg: _____			
	Assuré principal:			Assuré secondaire:			
	Fumez-vous ou avez-vous fumé pendant ces deux dernières années ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			Fumez-vous ou avez-vous fumé pendant ces deux dernières années ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
	Si oui, veuillez préciser : <input type="radio"/> cigarettes <input type="radio"/> cigares <input type="radio"/> narguilé <input type="radio"/> cigarette électronique			Si oui, veuillez préciser : <input type="radio"/> cigarettes <input type="radio"/> cigares <input type="radio"/> narguilé <input type="radio"/> cigarette électronique			
	Nombre de cigarettes par jour : _____			Nombre de cigarettes par jour : _____			
	Nous attirons votre attention sur le fait que si vous arrêtez de fumer pendant une durée prolongée de deux ans ou plus, vous pouvez en informer la compagnie d'assurance en joignant une déclaration appropriée, afin que la possibilité de modifier le tarif sur les couvertures concernées soit examinée.						
	Pour chaque question, indiquer « oui » ou « non » et si le résultat est positif, joindre un questionnaire en conséquence et détailler.						
1.	Buvez-vous aujourd'hui ou buviez-vous dans le passé plus de deux verres de boisson alcoolisée ? (1)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur l'alcool-1	
2.	Consommez-vous actuellement ou avez-vous consommé dans le passé des drogues en tout genre (une consommation unique ne doit pas être mentionnée) (2)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur les drogues-2	
3.	Procédure de vérification sur un phénomène ou une maladie qui n'est pas encore terminée(e) : Vous a-t-on envoyé faire au cours des deux dernières années et/ou êtes-vous actuellement en cours d'examen médicaux et/ou des diagnostics suivants qui ne sont pas encore terminés et pour lesquels un diagnostic définitif n'a pas encore été posé ? Cathétérisme diagnostique, cartographie, échocardiographie, IRM, scanner, échographie (hors suivi de grossesse), biopsie, recherche de sang occulte dans les selles, coloscopie, gastroscopie ? Si tel est le cas, des documents médicaux doivent être présentés à la fin de l'examen et la pose d'un diagnostic sans équivoque.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
N°	Avez-vous été diagnostiqué aujourd'hui ou dans le passé d'une maladie, d'un phénomène, d'un trouble associé à l'un ou plusieurs des sujets énumérés ci-dessous:			Assuré principal	Assuré secondaire	Questionnaire	
4.	Cerveau et système nerveux : <input type="radio"/> système nerveux* <input type="radio"/> cerveau* <input type="radio"/> sclérose en plaques* <input type="radio"/> syndrome de Down* <input type="radio"/> neurofibromatose* <input type="radio"/> Gaucher* <input type="radio"/> SLA* <input type="radio"/> épilepsie (3) <input type="radio"/> Parkinson* <input type="radio"/> Avez-vous consulté un médecin en raison de plaintes de perte de mémoire durant ces 3 dernières années ?*			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire épilepsie-3 *Certificat médical	
5.	Maladies cardiovasculaires: <input type="radio"/> cœur (4) <input type="radio"/> maladie du sang* <input type="radio"/> embolie pulmonaire* <input type="radio"/> anévrisme/AVM* <input type="radio"/> troubles de la coagulation (5) <input type="radio"/> TVP (5) <input type="radio"/> MVP <input type="radio"/> obstruction dans les artères carotides (dans le cou)*			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur le cœur-4 Questionnaire sur les vaisseaux sanguins-5 *Certificat médical	
6.	Problème/trouble/maladie mentale, y compris la dépression et l'anxiété (7)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur la santé mentale-7	
7.	Recommandation de traitement pharmacologique ou diététique au cours des 10 dernières années en raison des problèmes suivants: <input type="radio"/> tension artérielle (6) <input type="radio"/> diabète de tout type, y compris le diabète gestationnel (8) <input type="radio"/> cholestérol (9) <input type="radio"/> triglycérides (9)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur la tension artérielle-6 Questionnaire sur le diabète-8 Questionnaire sur les lipides sanguins-9	
8.	Cancer et tumeurs bénignes: <input type="radio"/> maladie maligne (cancer) / tumeurs malignes* <input type="radio"/> tumeurs bénignes (11) <input type="radio"/> tumeurs précancéreuses*			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur les tumeurs bénignes-11 *Certificat médical	
9.	Système digestif: <input type="radio"/> estomac (12) <input type="radio"/> intestins (12) <input type="radio"/> œsophage (12) <input type="radio"/> rate* <input type="radio"/> pancréas (12) <input type="radio"/> maladie du foie (13) <input type="radio"/> jaunisse (13) <input type="radio"/> foie gras (13) <input type="radio"/> fistule <input type="radio"/> Crohn / colite / proctite (12)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur le système digestif-12 Questionnaire sur le foie et la jaunisse-13 *Certificat médical	
10.	Poumons et respiration: <input type="radio"/> maladie pulmonaire obstructive (MPOC/emphysème)* <input type="radio"/> mucoviscidose*			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	*Certificat médical	
11.	Reins et voies urinaires: <input type="radio"/> reins (15) <input type="radio"/> système/voies urinaires (15) <input type="radio"/> vessie (15) <input type="radio"/> prostate (23)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur les reins et les voies urinaires-15 Questionnaire pour les hommes-23	
12.	Maladies infectieuses / inflammatoires / immunitaires: <input type="radio"/> SIDA/porteur du VIH* <input type="radio"/> tuberculose* <input type="radio"/> sarcoïdose* <input type="radio"/> sclérodémie*			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	*Certificat médical	
	Les questions suivantes ne concernent que les états médicaux sur lesquels vous n'avez pas été interrogé/vous n'avez rien déclaré dans les questions précédentes			Assuré principal	Assuré secondaire	Questionnaire	
13.	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou vous a-t-on conseillé de subir une intervention chirurgicale au cours des 5 dernières années (25) ? Vous ne devez pas répondre par l'affirmative à cette question si l'opération a été subie en raison d'un problème médical à propos duquel vous avez déjà répondu dans les questions précédentes			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur les interventions chirurgicales et les hospitalisations-25	
14.	Avez-vous été hospitalisé pendant plus de 3 jours au cours des 5 dernières années (25) ? Vous ne devez pas répondre par l'affirmative à cette question si l'hospitalisation a eu lieu en raison d'un problème médical à propos duquel vous avez déjà répondu dans les questions précédentes			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur les interventions chirurgicales et les hospitalisations-25	
15.	Avez-vous été traité et/ou êtes-vous actuellement traité avec des médicaments que vous prenez régulièrement ou vous a-t-on recommandé des médicaments à prendre régulièrement au cours des 5 dernières années ? Vous ne devez pas répondre par l'affirmative à cette question si le traitement médicamenteux a été suivi en raison d'un problème médical à propos duquel vous avez déjà répondu dans les questions précédentes Si oui, veuillez préciser : Nom du médicament : _____ Diagnostic pour lequel vous êtes traité/un traitement a été recommandé : _____			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
N°	À l'achat de Shihour et/ou Shavé Leatid Mashlim et/ou Mitria Top, vous devez également répondre aux questions suivantes:			Assuré principal	Assuré secondaire	Questionnaire	
16.	Yeux: <input type="radio"/> myopie (verres 8 et plus) <input type="radio"/> maladie/problème oculaire (21) <input type="radio"/> uvéite* <input type="radio"/> cécité (21)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur les yeux-21 *Certificat médical	
17.	Nez/gorge/oreille: <input type="radio"/> oreilles (22) <input type="radio"/> déficience auditive/surdité (22) <input type="radio"/> acouphènes <input type="radio"/> maladie de Ménière <input type="radio"/> nez (22) <input type="radio"/> gorge (22) <input type="radio"/> cordes vocales (22)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur nez/gorge/oreille - 22	
18.	Rhumatologie et maladies auto-immunes: <input type="radio"/> FMF fièvre méditerranéenne familiale (16) <input type="radio"/> fibromyalgie* <input type="radio"/> syndrome de fatigue chronique* <input type="radio"/> Lupus* <input type="radio"/> goutte/ hyperuricémie			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur la FMF – 16 *Lettre médicale	
19.	Orthopédie: <input type="radio"/> dos et colonne vertébrale (17) <input type="radio"/> perte de densité osseuse <input type="radio"/> fractures (19) <input type="radio"/> genoux (18) <input type="radio"/> coudes (18) <input type="radio"/> épaules (18) <input type="radio"/> articulations de la hanche (18) <input type="radio"/> chevilles (18) <input type="radio"/> maladies articulaires / arthrite*			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire sur la colonne vertébrale- 17 Questionnaire sur les articulations-18 Questionnaire sur les fractures- 19 *Certificat médical	
20.	Questionnaire réservé aux femmes: <input type="radio"/> utérus (24) <input type="radio"/> ovaires/trompes de Fallope (24) <input type="radio"/> tumeurs mammaires (24) <input type="radio"/> endométriose Êtes-vous enceinte ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Votre poids avant la grossesse: _____			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Questionnaire réservé aux femmes-24	
21.	Êtes-vous limité dans l'une ou plusieurs des actions suivantes : vous lever et vous allonger, vous habiller et vous déshabiller, vous laver, manger et boire, contrôle de la miction et des matières fécales, mobilité/marche et/ou vous utilisez un accessoire ou l'aide d'une autre personne pour effectuer une ou plusieurs des activités décrites			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
N°	À l'achat de Keren Or Top, vous devez également répondre à la question suivante			Assuré principal	Assuré secondaire	Questionnaire	
22.	Antécédents familiaux: À votre connaissance, est-ce que l'un de vos proches (père/ mère/ frère/ sœur) a été diagnostiqué comme souffrant de l'une ou plusieurs des maladies suivantes ? <input type="radio"/> pathologies cardiaques <input type="radio"/> cancer du côlon <input type="radio"/> cancer des ovaires <input type="radio"/> cancer du sein <input type="radio"/> cancer de la prostate <input type="radio"/> diabète <input type="radio"/> polykystose rénale <input type="radio"/> sclérose en plaque <input type="radio"/> SLA <input type="radio"/> Huntington <input type="radio"/> Parkinson <input type="radio"/> Alzheimer			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	En cas de réponse positive, joindre le questionnaire familial-26	
Date: _____ Signature du candidat principal X _____				Date: _____ Signature du candidat du secondaire X _____			