

## DECLARATION D'ETAT DE SANTE

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Police n°:

### Preneur d'assurance:

Nom: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_  
 Prénom: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Intermédiaire

Nom ou dénomination: \_\_\_\_\_ Numéro:

Je soussigné (preneur d'assurance) déclare par la présente pour les personnes et garanties reprises ci-après:

Nom	Prénom	Sous-numéro	Garanties
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

- que l'état de santé des personnes mentionnées ci-dessus est resté inchangé depuis la date de la souscription de la proposition d'assurance jusqu'à ce jour;
- qu'il n'y a pas de traitement instauré ou prévu pour les personnes mentionnées ci-dessus. Je marque expressément mon accord avec le fait que les cas d'assurances survenus à la suite d'une maladie, de maladies concomitantes ou d'un accident qui se sont manifestés entre la date de souscription de la proposition d'assurance et ce jour seront exclus de la couverture de la garantie d'assurance, à moins que leur couverture soit acceptée expressément et par écrit par l'assureur;
- que pour les personnes du sexe féminin, il n'y a pas de grossesse en cours;
- être d'accord sur l'augmentation de la prime suite à une adaptation tarifaire qui a éventuellement eu lieu ou a entre-temps été communiquée à la clientèle;
- être d'accord, lors du passage de la prise de cours de l'assurance à l'année calendrier suivante, de payer la prime en vigueur et calculée suivant le nouvel âge d'entrée.
- communiquer les informations complémentaires relatives à un des points ci-dessus:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je sais que la conclusion du contrat est subordonnée à l'agrément de la compagnie.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du preneur d'assurance  
ou du représentant légal**