

Questions concernant l'état de santé

En complément au formulaire «Déclaration de santé pour l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie»

Personne à assurer

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____ (jour/mois/année)
 Nom de l'entreprise/l'employeur _____

Renseignements complémentaires concernant la rubrique C

Question no (rubrique B): _____ Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Quel côté est concerné? (*Si indication possible*) Gauche Droit

Début: _____

La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles? Oui Non

Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi? Oui Non

Si non: date du dernier traitement _____

Médecin traitant:

Cabinet/Hôpital _____ Nom _____

Rue/no _____ NPA/Localité _____

Question no (rubrique B): _____ Merci d'indiquer le diagnostic **exact**, la maladie exacte ou la partie du corps concernée:

Quel côté est concerné? (*Si indication possible*) Gauche Droit

Début: _____

La maladie est-elle entièrement guérie/guérie sans séquelles? Oui Non

Existe-t-il encore des troubles ou un traitement est-il toujours suivi? Oui Non

Si non: date du dernier traitement _____

Médecin traitant:

Cabinet/Hôpital _____ Nom _____

Rue/no _____ NPA/Localité _____

Remarques particulières:

Lieu/Date

Signature proposant(e)

Nom et signature conseiller/conseillère