

Assurance Santé Complémentaire Questionnaire d'état de santé

Souscripteur individuel: nom - prénom

Personne à assurer: nom - prénom

Adresse

Date de naissance (j - m - a)

Sexe M F

Organisation ou institution

Nationalité

I. Donnez les renseignements suivants

- votre tension artérielle (si connue) max. min.

- poids (kg) taille (cm)

2. Décrivez votre état de santé actuel.

3. Souffrez-vous des affections chroniques ou des handicaps?

Oui Non

Si oui, spécifiez.

Bénéficiez-vous d'un remboursement à 100% par le RCAM?

Oui Non

Si oui, sur base de quelle pathologie?

4. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ou de traitements médicaux (dans les 10 dernières années)?

Oui Non

Si oui, spécifiez la/les date(s), la nature de l'intervention ou traitement et les conséquences sur votre état de santé.

5. Devrez-vous dans les 6 mois à venir

- être hospitalisé? Oui, spécifiez la raison

Non

- subir une intervention chirurgicale? Oui, spécifiez ci-dessous la nature de l'intervention et le diagnostic.

Non

6. Suivez-vous actuellement un traitement médical (médicamenteux ou autre)?

Oui Non

Si oui, spécifiez lequel et la raison.

Suivez-vous actuellement un traitement paramédical (physiothérapie, ostéopathie, logopédie)?

Oui Non

Si oui, spécifiez lequel et la raison.

Êtes-vous enceinte en ce moment ? Oui Non

Si oui, quelle est la date prévue d'accouchement (si déjà connue)?

J'accepte les Modalités et conditions. J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, vrais et exacts. La présentation d'une fausse demande de remboursement tout comme la communication intentionnelle de renseignements mensongers ou la rétention de renseignements relatifs à une demande de remboursement sont punies par la loi. Je confirme avoir lu et compris l'intégralité de l'Avis relatif à la protection des données de Cigna ([https:// www.cignahealthbenefits.com/fr/privacy](https://www.cignahealthbenefits.com/fr/privacy)). Si je fournis à Cigna des informations à caractère personnel se rapportant à d'autres personnes, je m'engage à informer ces dernières des dispositions de l'Avis relatif à la protection des données de Cigna.

Fait à Le

Signature de la personne à assurer précédée des mots : 'Lu et approuvé' écrits de sa main.