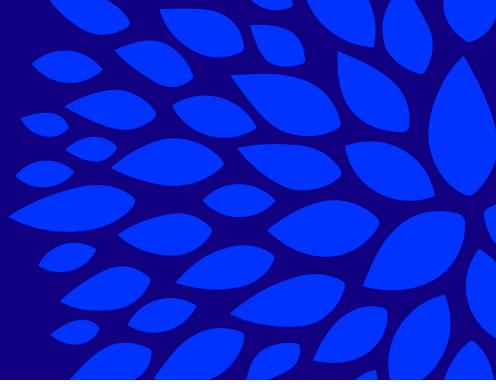


## Assurance Santé Complémentaire Questionnaire d'état de santé



Souscripteur individuel: nom - prénom

Personne à assurer: nom - prénom

Adresse

Date de naissance (j - m - a)

Sexe  M  F

Organisation ou institution

Nationalité

### 1. 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>). 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.