

PROPOSITION D'ASSURANCE HOSPITALISATION - QUESTIONNAIRE MEDICAL

Prénom _____ Prénom du père _____ Famille _____

Etat civil Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse complète _____

de téléphone Fixe - _____ Mobile - _____ Email - _____

Classe requise A B S Options Amb. PM DV

Membres de la famille	Nom(s)	DDN jj-mm-aa	Nationalité	CNSS oui/non	Sexe H/F	Taille en cm	Poids en kg	Fumeur oui/non	Occupation
Souscripteur									
Epoux(se)									
Enfant 1									
Enfant 2									
Enfant 3									
Enfant 4									

Si un de vos dépendants n'est pas à assurer, prière mentionner la raison: _____

	Oui	Non
1 Système circulatoire (hypertension artérielle, arythmie, murmure, infarctus etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Système respiratoire et allergie (asthme, bronchite, emphysème, pneumonie, tuberculose etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Système digestif (constipation, diarrhée, hépatite, ulcère, pancréatite etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Système urinaire (néphrite, stones, colique nephretique, affection des reins, prostate, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Maladies des os et des articulations (scoliose, rhumatisme, disque etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Maladies du système nerveux et musculaire (épilepsie, méningite, AVC, anévrisme, paralysie etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Système endocrinien ou du métabolisme (goitre, nodules, diabète, cholestérol, goutte etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge (surdité, cataracte, sinusite chronique etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Maladies du sang et de la peau (anémie, leucémie, hémophilie, ganglions, psoriasis, eczéma etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Maladies infectieuses ou parasitaires ou MST (VIH, SIDA, paludisme, syphilis etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Tumeurs (fibrome, Kyste, lipome, cancer etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Anomalies congénitales, héréditaires ou génétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Atteinte psychiatrique (dépression, tentative de suicide, névrose, insomnie, psychose etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Pour les femmes, si vous êtes enceintes, mentionner la date prévue de l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Autres affections ou infirmités, accidents ou opérations non-mentionnés ci-dessus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu par **Oui** à une des questions ci-dessus, prière donner les détails ci-après:

#	Nom	Date	Hôpital	Détails

J'autorise mon médecin, mon hôpital et toute autre personne ou fournisseur de soins-santé qui détient une information concernant ma santé et (et celles de mes dépendants) de les fournir à ASSUREX SAL et/ou à NEXTCARE SAL. Celles-ci incluent entre autres les dossiers d'hôpitaux relatifs aux avis médicaux, diagnostics et traitements. Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'originale.

Je déclare, à ma connaissance, les réponses fournies aux questions susmentionnées sont complètes, exactes et correctes. Je comprends aussi que cette proposition formera la base du contrat d'assurance entre moi et ASSUREX SAL, suivant le Paragraphe 2 de l'Article 974 du Code Libanais des Obligations et des Contrats.

Signature:

Date (jj/mm/aaa): / /

Nom du Courtier