

Questionnaire médical (palier N° 1)

Le questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à :
Vanbreda & Lang SA 2-4, rue du Château L-3364 LEUDELANGE

➔ Identification

Nom de naissance : _____ Prénoms : _____

Nom marital : _____ Né(e) le : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____ Tél. : _____

Situation de famille : _____ célibataire marié(e) pacsé(e) en concubinage
veuf(ve) divorcé(e)

Catégorie : _____ PNT PNC MOB stagiaire PNT stagiaire PNC

Travaillez-vous à temps partiel ? oui non

si oui : est-ce pour motif médical ? oui non

Quel est votre temps de présence ? _____

➔ Informations complémentaires

1a. Quelle est votre taille ? cm		
1b. Quel est votre poids ? kg		Si oui, merci de préciser
2. Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou vous a-t-on prescrit un arrêt de travail de plus de 3 semaines au cours des 5 dernières années ?	Oui	Non	
3. Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi au cours des 5 dernières années un traitement médical de plus de 30 jours consécutifs, un régime, une surveillance médicale particulière ?	Oui	Non	
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé établissement de cure, service psychiatrique) ?	Oui	Non	
5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale (hormis appendicite et amygdales) ?	Oui	Non	
6. A votre connaissance, devez-vous subir une intervention chirurgicale, consulter un médecin ou faire des examens dans les 3 mois à venir ?	Oui	Non	

« Je reconnais avoir été averti que toute déclaration inexacte qui pourrait gêner l'Institution dans l'appréciation du risque à garantir entraînerait la nullité ou la réduction du contrat. Je m'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date réelle de prise d'effet des garanties. Je suis conscient que le médecin conseil de l'Institution se réserve le droit de me demander communication de documents médicaux complémentaires. Je consens expressément à ce que les données de santé ci-dessus soient utilisées pour traiter ce dossier et je certifie que les réponses faites ci-dessus, sont à ma connaissance, exactes »

Fait à : _____, le _____ Signature du proposant, précédée de la mention « Lu et approuvé »

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code de la Sécurité sociale, notamment la nullité des garanties. Conformément à la Loi vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour ce faire, il vous suffit d'écrire au Médecin Conseil du VANBRED & LANG 2-4, rue du château L-3364 LEUDELANGE