

---

N.I.F. : 2906921882

## FORMULAIRE DE DECLARATION DE RISQUE

### I. Identification de la personne à assurer :

- Nom et Prénom : .....
- Né(e) le : .../.../..... à ..... Sexe :
- Adresse : .....
- Profession :.....
- Tél. Bureau.....E-mail.....
- Type de pièce d'identité : .....
- Numéro de pièce d'identité :.....délivrée le.....à..... *demande à souscrire un contrat d'assurance santé auprès de la SOCABU.*

### II. Caractéristiques de l'assurance : Cfr Les Garanties

### III. DECLARATION DE SANTE de la personne à assurer:

#### Etat

- Je déclare être en bonne santé
- Je déclare être indemne de toute affection médicale justifiant surveillance ou traitement.
- Je déclare n'avoir pas été hospitalisé au cours des cinq dernières années et aucune hospitalisation n'est prévue ?
- Je déclare n'avoir subi aucun bilan médical ayant mis en évidence une anomalie ?
- Je déclare ne pas être en arrêt de travail d'une durée supérieure à 1 mois au cours des 5 dernières années.

**Signature de la personne à assurer**

# SOCIETE D'ASSURANCES DU BURUNDI s.m

## ~ASSURANCE SANTE~

N.I.F. : 2906921882

### QUESTIONNAIRE DE SANTE :

#### Préalables :

L'assurance repose sur une confiance réciproque.

Les questions qui vous sont posées justifient des réponses exactes, claires et complètes.

Age :

Poids :

Taille :

Tension artérielle : connue

inconnue

#### Vos parents sont-ils actuellement en vie? :

Père :

oui

non

Mère :

oui

non

#### Dans le cas contraire, veuillez préciser:

Père :

Mère :

Age au moment du décès :

Cause du décès: Accident .....Maladie .....Autre.....

#### Durant la dernière année:

1- Avez-vous consulté un médecin?

Oui

non

Si oui, date .....pourquoi?.....

2 - Avez-vous eu un traitement médical ?

Oui

non

Si oui, précisez:.....

3 - Avez-vous eu un traitement chirurgical ?

Oui

non

Si oui, précisez:.....

4 - Avez-vous eu des examens complémentaires?

Oui

non

Si oui, lesquels:.....Pour une raison médicale ?.....

5 - Avez-vous déjà fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une exclusion ou d'une surprime lors d'une demande d'assurance?

Oui

non

6 - Etes-vous en arrêt de travail total ou partiel?

Oui

non

7 - Etes-vous titulaire: - d'une rente accident de travail?

Oui

Non

Si oui, Préciser le taux en %

- d'une pension d'invalidité?

Oui

non

Si oui, préciser le taux d'invalidité .....

8 - Avez-vous été exempté ou réformé du Service Militaire?

Oui

non

Si oui, quelle en était la cause :.....

9 - QUESTION SPECIALE AUX FEMMES :

Etes-vous enceinte?

Oui

non

Si oui, date prévue de l'accouchement.....

# SOCIETE D'ASSURANCES DU BURUNDI s.m

## ~ASSURANCE SANTE~

N.I.F. : 2906921882

### AU COURS DES 10 DERNIERES ANNEES:

#### Avez-vous eu une affection médicale ou un accident corporel ayant justifié

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| A) Un traitement de plus d'un mois?   | Oui | non |
| B) Un arrêt d'activité de plus d'un mois?   | Oui | non |
| C) Une hospitalisation, un séjour en clinique ou maison de santé?                           | oui | non |
| D) Des examens médicaux complémentaires (radios, examens)                                   | oui | non |
| E) Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'immuno déficience humaine ? | oui | non |

Si oui, indiquez ci-dessous le résultat du test et sa date.

#### Avez-vous été atteint d'une ou de plusieurs des affections suivantes :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| F) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite infarctus, angine de poitrine, Varices) ?                                   | oui | non |
| G) Respiratoire (asthme, allergie, bronchites à répétition ou emphysème) ?  | oui | non |
| H) Neurologique ou psychiatrique (dépression nerveuse, anxiété, surmenage, troubles, sensitifs ou moteurs, vertiges, spasmophile) ? | Oui | non |
| 1) Digestive (gastrite, ulcère, colite) ?   | oui | non |
| J) Uro-génitale (colique néphrétique, Infection urinaire ou Génito-urinaire, hématurie) ?   | oui | non |
| K) Endocrinienne, métabolique (diabète, goitre, troubles lipidique) ?   | oui | non |
| L) Ostéo-articulaire (fracture, rhumatisme, douleur vertébral tassement vertébral, hernie discale) ?                                | oui | non |
| M) Sanguine et systémique (anémie atteinte des ganglions, de la rate) ?   | oui | non |
| N) Infectieuse (paludisme, brucellose hépatite, maladie sexuellement transmissible) ?   | oui | non |
| O) Autres désordres (maladie de la peau, atteinte de la vision, de l'audition, malformation, infirmité, hernie)?                    | Oui | non |

➤ **Si vous avez répondu «oui » à certaine (s) question(s) ci-dessus, inscrire l'affection en cause et la date de survenance, son traitement, son évolution, la durée d'interruption d'activité.**

Engagement: Toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle, ou de nature à atténuer l'importance du risque entraîne la nullité du contrat (Art.16 du Code burundais des Assurances).

J'atteste l'exactitude et la sincérité des réponses que j'ai formulées et n'avoir rien dissimulé qui puisse tromper l'assureur.

Fait à Bujumbura le.....

Signature de l'assuré précédée de la mention manuscrite » Lu et approuvé »

# SOCIETE D'ASSURANCES DU BURUNDI s.m

## ~ASSURANCE SANTE~

---

N.I.F. : 2906921882

Au cas où des examens médicaux vous seraient  
demandés, lieu et jour préférés:.....

.....

### **Partie réservée au Service d'Acceptation Médicale**

#### *Avis du Service d'Acceptation Médicale*

Date :.....

Signature et cachet du Service d'Acceptation Médicale

Acceptation :.....

Refus :.....

Ajournement :.....

Conditions spéciales :.....