Déclaration Médicale

Ce document fait suite à la section E (Questionnaire de Santé) de votre Bulletin de Souscription.
Ces précisions confidentielles seront traitées comme telles par notre Médecin Conseil.

Contractant **Nom :** **Prénom :** **Date de Naissance :** __ __ __ __ __ __ __ __

Nom et Prénom	N° de la question	Date de l'événement *Jour/Mois/Année*	Diagnostic	Nature des traitements reçus	Etat actuel	Traitements prévus

Signature : X

Date : *Jour* __ __ *Mois* __ __ *Année* __ __ __ __