

DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ (DBS)

Cette déclaration doit être complétée par la personne à assurer. Elle ne vaut que pour :

Les assurances solde restant dû en couverture d'un prêt si :

- la personne à assurer a moins de 40 ans et le capital assuré est de max. 200.000 euros ou,
- la personne à assurer a entre 40 ans et 50 ans et le capital assuré est de max. 150.000 euros ou,
- la personne à assurer a entre 50 ans et 60 ans et le capital assuré est de max. 100.000 euros.

Et les assurances Scala :

- Scala Free Pension, Scala Executive et Scala Privilege, s'il y a uniquement la garantie complémentaire « capital décès » inférieure ou égale à 36.000,00 euros ou,
- Scala Free Pension, s'il y a uniquement la garantie complémentaire « exonération de primes » ou,
- Scala Executive jusqu'à concurrence du standard pour le décès (où le capital décès est égal à 100% du salaire annuel brut, avec un maximum de 85.000 euros) et/ou du standard pour l'invalidité (où la rente d'invalidité est égale à 10% du salaire annuel brut avec un maximum de 5.000 euros).

Si la personne à assurer ne répond pas à un de ces critères ou si elle répond « non » à l'une des questions ci-après, elle doit compléter une déclaration médicale.

Nom du preneur d'assurance _____

Nom, prénom de la personne à assurer _____

Date de naissance de la personne à assurer _____

Montant du capital décès assuré € _____

Référence _____

Je déclare :	Oui	Non
1. Ne pas être en incapacité de travail et/ou ne pas avoir été, au cours des 5 dernières années, en incapacité de travail (totale ou partielle) pendant plus de 3 semaines consécutives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ne pas être atteint d'une infirmité, d'une invalidité, d'une affection ou d'une maladie (autre qu'un refroidissement et/ou un état grippal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ne pas suivre ou avoir suivi, au cours des 5 dernières années, un traitement (pour une autre raison que la contraception, un refroidissement ou un état grippal) pendant plus de 3 semaines consécutives, et ne pas avoir, au cours des 5 dernières années, subi une intervention chirurgicale ni été hospitalisé(e) (pour une autre raison qu'un accouchement, une césarienne, une hernie ou l'ablation des végétations, des amygdales, de l'appendice ou des dents de sagesse), et ne pas devoir être hospitalisé(e) ni subir une intervention chirurgicale (pour un autre raison que les problèmes mentionnés au point ci-dessus).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ne pas avoir subi de test de dépistage des sérologies hépatite B ou C ou de test HIV (SIDA) qui se soit révélé positif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ne pas avoir fait une demande d'assurance de personnes qui a été refusée, ajournée et/ou acceptée avec une surprime ou une clause d'exclusion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ne pas avoir d'activité(s) professionnelle(s), sportive(s) ou de loisir(s) considéré(s) comme dangereux (alpinisme, spéléologie, parachutisme, sports aériens, compétitions auto ou moto, etc.), et/ou ne pas fumer plus de 25 cigarettes en moyenne /jour, ne pas boire et/ou avoir bu, pendant les 6 derniers mois, plus de 4 boissons alcoolisées en moyenne /jour et/ou ne pas consommer ou avoir consommé de stupéfiants (drogues) au cours des 5 dernières années, et/ou ne pas séjourner en dehors des pays membres de l'Union Européenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En fonction de ma taille, mon poids est compris dans les chiffres indiqués ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, j'entoure la bonne réponse.

TAILLE (CM)	133 à 142	143 à 152	153 à 162	163 à 172	173 à 182	183 à 192	193 à 202
POIDS (KG)	33 à 67	37 à 75	43 à 83	49 à 91	55 à 99	61 à 107	67 à 115

La personne à assurer autorise expressément le médecin-conseil de l'assureur à prendre auprès des médecins qui la soignent ou l'ont soignée, ainsi qu'auprès d'autres personnes, des informations sur son état de santé et ses maladies antérieures. La personne à assurer marque accord sur le fait que l'assureur traite les données médicales mentionnées au contrat, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers. Vous marquez cependant accord pour que nous communiquions ces données, pour autant qu'il y ait dans notre chef une obligation légale. En signant la présente déclaration, l'assuré manifeste son accord irrévocable pour que son médecin traitant délivre une attestation indiquant la cause du décès au médecin conseil de l'assureur, conformément à l'article 95 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre. En cas de changement de son état de santé survenant après la signature du présent document et avant l'émission du contrat, le preneur s'engage à en informer immédiatement l'assureur qui se réserve le droit de refuser l'affiliation ou d'exiger une surprime.

Je déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions qui précèdent et n'avoir dissimulé aucune circonstance pouvant exercer une influence sur l'appréciation de mon état de santé. Je déclare avoir reçu la copie des renseignements repris sur ce questionnaire médical.

FAIT EN DOUBLE À	LE	SIGNATURE DE LA PERSONNE A ASSURER précédée de la mention « Lu et approuvé »

A dater de la signature, cette déclaration a une validité de 4 mois. Si le contrat n'a pas été émis au terme de ceux-ci, une nouvelle déclaration médicale devra être complétée par la personne à assurer.